

École doctorale EPIC

Institut des Sciences et Pratiques d'Éducation et Formation
UMR Education et politiques

Volutes et Novices

Usages et représentations du cannabis chez les
futurs acteurs de l'éducation pour la santé.

Tome 1

Thèse présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2007
pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Lyon

Par Pascal COURTY

Dirigée par M. le Professeur Charles GARDOU

Jury

M. le Professeur Michel BATAILLE,
Sciences de l'Éducation, Université de Toulouse-Le Mirail

M. le Docteur Dominique BERGER,
Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation, Université de Lyon 1

M. le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS,
Psychiatrie, Addictologie, Université des Antilles et de la Guyane

M. le Professeur Laurent GERBAUD,
Epidémiologie et Santé Publique, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand 1

Remerciements

A notre jury de thèse,

Le Pr. Charles GARDOU pour son accueil chaleureux,

Le Pr. Michel BATAILLE pour avoir eu la gentillesse de nous honorer de sa présence,

Le Dr. Dominique BERGER pour ses conseils constants et sa totale disponibilité,

Le Pr. Aimé CHARLES-NICOLAS pour son humanité,

Et le Pr. Laurent GERBAUD pour son soutien indéfectible.

Je tiens à remercier également Arnaud SIMEONE, Maître de conférences, qui a assisté le début de ce travail ainsi que les Professeurs Isabelle JALENQUES et Pierre-Michel LLORCA, le Doyen Patrice DETEIX de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, François ROCHE, Régis PIERRET et Pierre COUPIAT de l'ITSRA, Didier DUPEUX et Alain FROBERT de l'IDFSI de Vichy qui ont rendu possible ce travail et bien entendu tous les étudiants qui ont accepté de remplir les questionnaires permettant de réaliser notre recherche.

Je remercie mes collègues de l'équipe de recherche « Processus d'Action des Enseignants ; Déterminants et Impacts » et en particulier les Professeurs Roland GOIGOUX et Didier JOURDAN et ceux de l'équipe hospitalière de SATIS, Catherine LE BLANC, Philippe VIGUIÉ et Sandrine DOMINGO.

Rien n'aurait été possible sans l'engagement personnel et l'implication professionnelle de Candy AUCLAIR, statisticienne, qui a apporté sa pierre précieuse à la construction de cet édifice.

Enfin, à ceux qui partagent de près ou de loin mon quotidien qu'ils sachent ici que leur Amour a été ma force.

Aujourd'hui je suis ce que je suis, nous sommes qui nous sommes et tout ça c'est la somme du pollen dont on s'est nourri... Si tu peux voir détruit l'ouvrage de ta vie et sans dire un seul mot te mettre à rebâtir ou perdre en un seul coup le gain de cent parties sans un geste et sans un soupir... trompettes de la renommée, vous êtes bien mal embouchées... Manhattan... Volutes partent en fumées... Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux... Si les anges m'abandonnent, je devrai attendre... Il nous fallut bien du talent pour être vieux sans être adulte... Muss es sein, es muss sein... Je t'ai rencontrée par hasard... Ce qu'il faut de sanglots pour un air de guitare... Si je suis novice, pourras tu m'enseigner... Il se peut que tu t'en souviennes... Qui veut faire l'ange fait souvent la bête... Si tu peux supporter d'entendre tes paroles travesties par des gueux pour exciter des sots et d'entendre mentir sur toi leurs bouches folles sans mentir toi-même d'un mot... au village sans prétention, j'ai mauvaise réputation... de défaites en défaites jusqu'à la victoire finale... la lutte continue... l'Amour est plus fort que la mort... l'insoutenable légèreté de l'être... Bravo, Docteur Béru... La contrevie... Ma nuit chez Maud... la ville est tranquille... Dieu vomit les tièdes... Que la fête commence... L 627... accroche-toi au pinceau, j'enlève l'échelle... le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient... l'inquiétante étrangeté... étrange été... la mécanique des femmes... de l'inconvénient d'être né... cours dire aux hommes faibles... comme moi... Si tu peux rencontrer triomphe après défaite et recevoir ces deux menteurs d'un même front... Si tu peux conserver ton courage et ta tête quand tous les autres les perdront... Je rendrai à leurs enfants le savoir reçu de leurs pères... l'amour a tous les droits... et nous tous les devoirs... le livre du Grand Tout... il faut s'imaginer Sisyphe heureux... l'espérance est une joie au loin... Venez voir la mouche, Mlle Hortense... Discipline... Beat Crazy... Beyond belief... Hasta siempre... Diving for pearls... If it is your will... Dinah Moe Hum... As years go by... Casablanca... I've heard this song before... Stardust... Mon oncle Benjamin... Harmonie... Rully... Saint-Amour... Quincy... Mennetou-Salon... Sancerre... My name is Bond... My name is Tony Soprano... I'm not a number, I'm a free man... Blek le Roc... Akim... Pif le chien... Moderato cantabile... les fleurs de Tarbes... l'ASM... J'ai tant rêvé de toi que tu perds ta réalité... Exercice de simple provocation avec 33 fois le mot coupable... L'homme qui pleurait des larmes de verre... on ira tous au paradis... un éléphant, ça trompe énormément... Si j'aurai su, j'aurais pas venu... un tablier de sapeur... des os à moelle... Un Os à moelle... Il voyage en solitaire... l'atelier du crabe... Dix heures du soir en été... il est cinq heures, Paris s'éveille.....et j'en oublie

Comme le plus court chemin pour aller vers soi est de passer par les autres, je suis passé par Barouh, Kipling, Bashung, Woody Allen, Blaise Pascal, Jacques Brel, Georges Brassens, Charles Baudelaire, Milan Kundera, Philip Roth, Frédéric Dard, Alain Robbe-Grillet, Robert Guédiguian, Eric Rohmer, Marcel Gottlieb, Bertrand Tavernier, Sigmund Freud, Louis Calaferte, Cioran, Jean Louis Bergheaud dit Murat, Ismaël Lo, Nikita Mandryka, Albert Camus, Gabriel Yacoub, les Nuls, King Crimson, Joe Jackson, Robert Wyatt, FZ, Elvis Costello, Léonard Cohen, Alcofribaste Nasier, Ange, Jean-Pierre Romeu, MD, Jean Paulhan, Robert Desnos, Michel Polnareff, Hubert-Félix Thiéfaine, Yves Robert, Pierre Dac, Gérard Manset, Françoise Hardy, Jacques Dutronc entre autres etVOUS

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE : LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS, DU PRODUIT AUX ACTEURS	17
<i>CHAPITRE 1 : LE CANNABIS ENTRE RÉALITÉS ET REPRÉSENTATIONS</i>	19
<i>CHAPITRE 2 : LA PRÉVENTION : ÉVOLUTION DES MODES D'INTERVENTIONS ; DE L'INTERDIT AUX CONSULTATIONS CANNABIS</i>	100
<i>CHAPITRE 3 : DÉMARCHE DE PROBLÉMATISATION, INTERROGATION SUR UN PARADOXE</i>	141
DEUXIÈME PARTIE : FONDER UNE PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRANT TOUTES LES DIMENSIONS DE LA PERSONNE DANS LA SOCIÉTÉ	159
<i>CHAPITRE 1 : L'ÉDUCATION À LA SANTÉ : DE L'HYGIÉNISME À LA PROMOTION DE LA SANTÉ</i>	161
<i>CHAPITRE 2 : LA QUESTION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES</i>	191
<i>CHAPITRE 3 : LA CONSTRUCTION DES IDENTITÉS PERSONNELLE, PROFESSIONNELLE ET SOCIALE</i>	209
TROISIÈME PARTIE : CERNER ET ANALYSER LA RÉALITÉ	219
<i>CHAPITRE 1 : MATÉRIELS ET MÉTHODES</i>	222
<i>CHAPITRE 2 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE LONGITUDINALE 1, 2, 3</i>	242
<i>CHAPITRE 3 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE TRANSVERSALE ET LONGITUDINALE</i>	273
<i>CHAPITRE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS</i>	327
QUATRIÈME PARTIE : INTERVENIR AU DELÀ DES PARADOXES	335
<i>CHAPITRE 1 : L'APPORT THÉORIQUE DE H.S. BECKER ET SON ACTUALITÉ</i>	337
<i>CHAPITRE 2 : LE RISQUE, SA GESTION, SON DÉNI : DES NOTIONS RELATIVES</i>	343
<i>CHAPITRE 3 : L'INFLUENCE DE LA FORMATION INITIALE, LES REPRÉSENTATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES, GÉRER QUOTIDIENNEMENT SES PARADOXES</i>	351
<i>CHAPITRE 4 : L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : FORMER DES PRATICIENS RÉFLEXIFS</i>	361
CONCLUSION GÉNÉRALE	371
BIBLIOGRAPHIE	377
LISTE DES SIGLES UTILISÉS	393
INDEX DES NOMS PROPRES	397
INDEX DES FIGURES	401
INDEX DES TABLEAUX	402
TABLE DES MATIÈRES	407

Avant-propos

Lorsque vous vous adressez à un groupe d'étudiants en formation qu'ils soient éducateurs, infirmiers, professeurs des écoles bien encore internes en médecine vous pouvez leur conter l'histoire suivante : *« Vous ne le savez pas encore mais en fin de semaine, vous devez subir une intervention chirurgicale. Or, le chirurgien qui va vous opérer consomme « normalement » de l'alcool. C'est-à-dire qu'en tant que sujet de sexe masculin, il peut boire trois doses d'alcool par jour en s'abstenant une fois par semaine et en ne dépassant pas cinq doses d'alcool en une fois. Justement, le jour où il va vous opérer il a décidé de boire trois verres d'alcool. Préférez-vous qu'il les prenne avant l'intervention ou après l'intervention ? »*

La réponse à cette question qui paraît bien naïve de prime abord indique souvent à quel corps de métier vous vous destinez. En effet, les professeurs des écoles, les éducateurs et éducatrices spécialisés vont indiquer qu'ils préfèrent que le chirurgien s'abreuve après l'intervention pour fêter sa réussite alors que les infirmiers et infirmières ainsi que les internes en médecine préféreront majoritairement et avec un sourire en coin que le chirurgien consomme ces trois verres d'alcool avant l'intervention afin que si par le plus grand des hasards, il était dépendant de cette substance, il serait plus sûr d'intervenir dans de bonnes conditions. Certains des professeurs des écoles et des éducateurs en formation trouveront que la question est tout de même assez bizarre car ils ne peuvent s'imaginer que le chirurgien dans l'exercice de son métier peut également être un consommateur d'alcool. Par contre, ceux qui se sont déjà confrontés lors de leurs stages professionnels à la réalité quotidienne, ne mettent pas de côté l'hypothèse d'une consommation qui rejaillirait sur l'activité de la personne.

On peut proposer un deuxième exemple. Les éducateurs spécialisés ont à accomplir au cours de leurs études un stage dit « stage long » d'une durée environ neuf mois. Dans le cadre de nos activités de responsable médical au sein d'un centre de soins spécialisés pour toxicomanes, nous avons eu à accueillir ce type de stagiaires. La proximité d'âges et de préoccupations avec les usagers de drogues

accueillis dans la structure est un élément dont il faut tenir compte. En effet, il est relativement fréquent que les stagiaires aient des consommations proches de celles des usagers et que ces consommations rejaillissent, par exemple sur leur capacité à arriver à l'heure le matin. Il était même surprenant de constater que les excuses mises en avant pour justifier le retard des stagiaires étaient à peu près les mêmes que celles utilisées par les usagers quand ils étaient eux-mêmes en retard. Le premier travail du stagiaire était d'accueillir les usagers et de débroussailler le dossier en particulier en ce qui concernait la consommation de cannabis.

Cette première rencontre donnait lieu à des commentaires très intéressants après l'orientation du patient. En effet, la demande exprimée par la personne devait être analysée par le (ou la) jeune professionnel(le) en formation et elle lui semblait quelquefois assez disproportionnée par rapport à ce qu'il imaginait lui-même de la normalité d'une consommation. En retour, les usagers de cannabis accueillis par les stagiaires avaient coutume de « calculer » leur interlocuteur et ne manquaient pas de poser la question assez déstabilisante : « et vous, vous ne consommez pas du cannabis de temps en temps ? ». Au fur et à mesure que se déroulait le stage, la plupart des jeunes professionnels arrivaient peu à peu à l'heure puis en avance. Au fur et à mesure, ils se sentaient investis de leur rôle d'éducateur et anticipaient leur journée de travail en préparant les locaux à l'accueil. Surtout ils élaboraient peu à peu des réponses à cette question posée. En plus, l'assurance qu'ils avaient acquise au fil du temps ajoutée à un recadrage de leur propre attitude faisaient que les usagers accueillis posaient de moins en moins cette question initiale concernant l'éventuelle consommation des soignants.

Finissons par un troisième exemple encore tiré de notre pratique d'enseignement. Les étudiants en médecine après leur sixième année deviennent internes à la suite d'un examen classant. Certains d'entre eux se destinent plutôt à la médecine générale et bénéficient de cours pratiques axés sur des réalités qu'ils vont rencontrer dans les mois qui viennent. Ces enseignements sont assurés dans ma faculté par des équipes mixtes réunissant un spécialiste et un médecin généraliste en exercice. J'interviens dans les heures qui sont consacrées au traitement des dépendances aux substances illicites. Les étudiants ne sont pas très assidus à ces cours et une fois la feuille d'accueil signée, juste après la pause qui marque

l'intercours, ils ont tendance à avoir des obligations pressantes et désertent la salle. C'est la loi du genre. Néanmoins avant ces départs précipités, nous avons coutume de faire un pré-test sur les connaissances avant le cours (afin bien sûr de faire un post-test pour évaluer notre intervention et initier un éventuel débat mais, on l'aura compris ce dernier est plus rare). Pour près la moitié de ces jeunes adultes, c'est quasiment un refus de répondre sous prétexte qu'ils ont déjà fait leurs preuves et que : « les examens et les évaluations, ça suffit ! ». Quand les questions concernant le cannabis arrivent, ils disent que ça ne peut être le motif d'une consultation en médecine générale et que si (par le plus grand des hasards !), ça dépassait la mise en œuvre du bon sens nécessaire, on adresserait alors ces personnes à des spécialistes. Dans le questionnaire d'évaluation proposé, il y a toujours une question concernant la dépendance éventuelle au cannabis et dans la très écrasante majorité des cas, la réponse est qu'il n'y a pas de dépendance au cannabis pour ces étudiants. Quand on leur demande de citer des arguments pour étayer ce fait, ils répondent qu'ils le savent, que c'est une évidence, etc. En fait, certains d'entre eux mettent en avant qu'ils ont déjà fumé ou qu'ils fument encore et qu'ils ne sont pas pour autant dépendants.

Ces trois exemples nous semblent représentatifs de la position sociale ambiguë vis-à-vis de l'usage des substances psychoactives et en particulier du cannabis. Dans le premier exemple, le rôle social attribué au chirurgien fait que la personne est placée au second rang par rapport à sa représentation par les gens qui ne fréquentent pas habituellement le monde médical. Par contre, ceux qui le fréquentent savent que les intervenants sont humains au-delà de leurs compétences professionnelles et que si ces dernières sont nécessaires, c'est avant tout l'humanité du professionnel qui fait la différence. Dans le deuxième exemple, la modification de comportement se fait au fil du temps par la confrontation à une réalité mêlant la proximité d'âge et de préoccupations à la réalité professionnelle en devenir. La prise en compte de la réalité au fil du temps positionne le stagiaire dans une position de professionnel et le fait réfléchir à son image personnelle. Cette dialectique permet sa construction identitaire. Enfin, dans le troisième exemple qui semble être un mélange des deux précédents, la coexistence d'une image professionnelle encore forte socialement (le médecin) et de l'âge jeune (où l'on a tendance à consommer) fait que la professionnalité sert souvent de justification à l'usage. On a tendance à entendre

dans la bouche de ces derniers : « Puisque nous sommes médecins et que nous sommes par conséquent bien au courant des éventuels dangers, on peut et on sait consommer !

Ces trois exemples pour le moins anecdotiques sont la base des interrogations du travail qui va suivre. Psychiatre depuis bientôt vingt ans et engagé dans la prévention et le traitement des conduites addictives depuis une quinzaine d'années, j'ai été et je suis encore extrêmement frappé par les ambiguïtés concernant le cannabis qu'elles soient du côté médical, social ou politique. Les connaissances du médecin ou de l'infirmier les protègent-elles de la dépendance ? Les acquis de la formation servent-ils uniquement au travail ou ont-ils une incidence sur les comportements futurs ? Comment peut-on concilier des pratiques personnelles et un vécu professionnel en apparence contradiction ? Parce qu'elles nous interrogent à la fois dans notre quotidien de praticien et de citoyen, le travail qui suit a pour ambition de répondre à certaines de ces questions.

Introduction

Peut-on fumer du cannabis et faire la prévention de sa consommation ? Telle pourrait être la question centrale de ce travail. Comme le souligne le quotidien *Le Monde*¹ « *Le cannabis continue de se banaliser* » alors que la première page annonce : « *Cannabis : une addiction française* ». Ces titres annoncent la sortie d'un rapport sur le cannabis avec les données les plus récentes. Cela fait curieusement écho au titre de la première campagne instituée en France en 2005 par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) : « *Le cannabis est une réalité* ». Il n'est pas certain que ça soit ce genre de réalité (la banalisation de sa consommation) qu'attendait l'organisme public. Si la presse a son rôle à jouer dans l'information et l'édification des masses, on peut dire qu'elle le joue pleinement au Royaume-Uni puisqu'un dossier de l'hebdomadaire *Courrier International*² sur le cannabis s'appuie sur le mea culpa que vient de faire le journal *The Independent*³ à sa une en titrant : « *Cannabis : nos excuses* ». En 1997, le quotidien britannique avait lancé une retentissante campagne en faveur de la dépénalisation du cannabis. Dix ans après, il avoue s'être trompé.

Le quotidien *Libération*⁴ également annonce « *Ça fait aussi du mal : Plusieurs études internationales mettent en lumière les risques que la consommation de joint fait courir à la santé publique* ».

Cette apparente unanimité toute récente ne doit pas faire oublier les franches oppositions que nous avons connues antérieurement. L'exemple le plus caricatural est intervenu il y a un peu près de trois ans lorsque l'INSERM a publié un rapport d'expertise sur le sujet⁵ et que les quotidiens de la presse nationale (le Figaro,

¹ Edition datée du Mercredi 11 juillet 2007, p. 26.

² *Courrier International* n° 868 du 21 au 27 juin 2007.

³ *The Independent*, édition du 18 mars 2007.

⁴ *Libération*, n°8164, édition du mardi 7 août 2007.

⁵ EXPERTISE COLLECTIVE INSERM. Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? Les Editions Inserm, Paris 2001.

Libération et Le Monde pour ne citer qu'eux^{6,7}) en ont eu des interprétations radicalement différentes voire opposées. Libération notait : "fumer un joint de temps en temps n'est pas bien méchant" tandis que Le Figaro considérait que "les dangers du cannabis (sont) reconnus" et qu'enfin Le Monde annonçait que cette expertise "relativise les dangers de la consommation de cannabis".

Il existe une ambiguïté sociale autour de la consommation des produits en général. La société actuelle souvent nommée « de consommation » semble être à son apogée en privilégiant l'avoir sur l'être. Certaines personnes ne semblent exister qu'à travers les marques de leurs vêtements. Cet avoir leur permet d'être. Parallèlement, les moyens financiers n'étant pas toujours à la hauteur, ce sont des contrefaçons qui vont être portées. Paradoxalement à cet avoir, on a besoin d'être et se développent gourous et coaches d'un nouveau prêt à penser. On retrouve cette idée même dans la consommation des produits psychoactifs. Consommer des substances n'est plus systématiquement associé à la déchéance mais de plus en plus en rapport avec la nécessité de la performance ou bien simplement de « tenir le coup ». Il y a cependant un large éventail de produits qui fait que malgré la baisse régulière des prix des drogues, ceux qui consomment de la cocaïne et ceux qui consomment du mauvais vin sont rarement les mêmes. Néanmoins, quelque soit la substance psychoactive, si elle renvoie à l'avoir, elle modifie toujours même temporairement l'être.

Cette ambiguïté sociale par rapport aux consommations se retrouve également chez chaque individu dans sa singularité. Chacun juge toujours sa consommation avec son baromètre personnel et ce dernier est plutôt indulgent.

L'alcoolique, c'est toujours l'autre !

Les personnes amenées ivres par les pompiers au service Urgences des hôpitaux ont toutes, ce soir là, un ami qui a bu plus qu'eux. Les mêmes, arrêtées lors d'un contrôle routier et qui ont une alcoolémie supérieure au taux légal assurent qu'elles ne boivent jamais avant de prendre le volant et qu'aujourd'hui c'est exceptionnel car il y a eu un « arrosage » au travail. Et si on ne boit pas plus que d'habitude, ça pose tout de même le problème de l'habitude.

⁶ MILDT, Revue de presse du 22 novembre 2001 sur www.drogues.gouv.fr.

⁷ MILDT, Revue de presse du 23 novembre 2001 sur www.drogues.gouv.fr.

La banalisation du cannabis fait que ce produit tend à susciter les mêmes propos dans la bouche des consommateurs qui se considèrent comme occasionnels ou festifs. Le cannabis tient de nos jours et nous y reviendrons largement une place particulière socialement. Le cannabis n'est ni l'alcool ni le tabac mais peu à peu son expérimentation et sa consommation se répandent. Ses effets sont proches de l'alcool et il se consomme comme le tabac. Dans l'esprit de beaucoup, il n'apparaît pas comme une drogue avilissante telle l'héroïne. On pourrait presque dire que c'est une drogue sociale !

Cette ambiguïté sociale autour du cannabis se retrouve également au sein de l'individu : ceux qui sont censés faire de la prévention (éducateurs spécialisés, infirmiers et professeurs des écoles en formation) consomment plus que les individus du même âge selon un travail que nous avons produit en 2003/2004. C'est au minimum une ambiguïté mais aussi un paradoxe car cette minorité de consommateurs semble influencer la société toute entière.

Comment gérons-nous ces ambiguïtés ?

Les acteurs de prévention sont un exemple de cette ambiguïté. L'éducation pour la santé ne peut-elle pas être une ébauche de réponse à ces questions, un début de compréhension ?

Il nous semble, a priori, que la réponse soit avant tout éducative, formative et non pas médico-sociale et encore moins répressive. Il faut aussi tenir compte des ambiguïtés même de la notion de la prévention qui peut prendre des positions extrêmement diversifiées suivant les interlocuteurs. Notre travail se propose de clarifier certaines de ces ambiguïtés.

Dans une première partie, nous explorerons le cannabis, un produit pas comme les autres puisqu'il suscite des prises de position quelquefois décalées et souvent idéologiques. Est-ce dû à l'importance de sa consommation actuelle, à son caractère addictif ou à ses représentations sociales ? Nous nous interrogerons sur la pertinence de la notion d'addiction concernant ce produit. Nous explorerons également comment est prise en compte la réalité de ce produit dans les contenus des formations initiales de ceux qui seront les futurs acteurs de prévention. Enfin, le sujet de ce travail sera défini en fonction d'un travail préliminaire effectué en 2003/2004

qui montre que les acteurs de l'éducation pour la santé sont de plus gros consommateurs que la population générale du même âge. Nous chercherons à définir en quoi les représentations sociales, les attitudes, les normes et les connaissances constitutives de l'identité personnelle des futurs acteurs de prévention influencent-elles l'identité professionnelle naissante et constituent un éventuel obstacle pour accomplir la mission de prévention en particulier des conduites addictives dont la consommation de cannabis dévolue à ces individus ?

La deuxième partie posera les champs théoriques du travail de thèse. On s'attachera à exposer les notions d'éducation pour la santé dans ses dimensions historiques et conceptuelles. Puis, nous reviendrons sur la notion de représentations sociales en tant qu'elles sont un facteur structurant des comportements individuels. Enfin, la notion de construction identitaire qu'elle soit personnelle ou professionnelle sera interrogée.

La partie expérimentale sera l'objet de notre troisième partie. Sur la base d'un travail précédent, nous montrerons à travers deux nouvelles enquêtes l'une longitudinale, l'autre transversale/longitudinale quelles sont les influences des facteurs sociodémographiques et de l'engagement professionnel sur l'évolution de cette consommation. Nous discuterons des résultats obtenus.

La quatrième et dernière partie tentera après l'analyse des résultats de les situer dans des perspectives existantes telles que la carrière du fumeur telle que la décrit HS. BECKER⁸, la sociologie du risque et au-delà de l'existant, nous proposerons éventuellement notre propre modèle de compréhension.

Enfin, notre conclusion montrera les perspectives d'ouverture que permettra ce travail vers d'autres hypothèses de recherche et des réalisations pratiques.

⁸ BECKER (H.S.) *Outsiders, Études de sociologie de la déviance*, Éditions Métallié, 2005, (1^{ère} édition, 1963), 252 p.

Première partie :
La prévention des addictions,
du produit aux acteurs

Chapitre 1 :

Le cannabis entre réalités et représentations

1. Le contexte social, le cannabis : un produit pas comme les autres

A. La plante

Le cannabis ou chanvre est une plante dicotylédone herbacée proche du houblon^{9, 10}. Elle appartient à la famille des cannabinaées. La plante est le plus souvent dioïque : il existe des pieds mâles et des pieds femelles distincts, les pieds mâles étant plus fins et moins grands que les pieds femelles. Il existe aussi des variétés dont les pieds portent à la fois les fleurs mâles et les fleurs femelles.

Dans des conditions de culture optimale, les plantes peuvent atteindre 3 à 4 mètres de hauteur alors qu'il existe des variétés qui font seulement 60 cm. Les feuilles de la partie inférieure et médiane de la tige sont caractéristiques. Elles sont coupées en palme de cinq à sept segments inégaux, eux-mêmes de forme caractéristique elliptique avec des bords dentés. Elles sont de couleur verte plus ou moins foncée. Les feuilles de l'extrémité supérieure de la tige sont simples ou divisées au mieux en trois segments. Les fleurs mâles sont moins voyantes alors que les fleurs femelles sont groupées et drues, entremêlées de bractées. Après fécondation, les fleurs évoluent en un fruit livrant des graines qui constituent le chènevis.

Différentes variétés : Il existe trois variétés différentes de chanvre : *cannabis sativa*, *cannabis indica* et *cannabis ruderalis*. Cependant, les différences morphologiques qui existent ne sont pas suffisamment tranchées et stables pour qu'il

⁹ RICHARD, (D.), SENON (J.-L.), *Le Cannabis*, Coll. Que sais-je ?, Paris, PUF, 2002, 126 p.

¹⁰ CHOLLET – PRZEDNOWED, (E.), *Cannabis : le dossier*, Coll. Le Monde actuel, Folio, 2003, 274 p.

soit possible de distinguer les formes en espèces véritables. Alors que la littérature et le discours populaire distinguent un chanvre « textile » et un chanvre « indien », il n'existe qu'un seul chanvre se présentant de façon plus ou moins riches en fibre ou en résine. En fait, toutes ces espèces ne seraient qu'une variante du *cannabis sativa* décrite en 1753 par Carl Von LINNÉ¹¹.

Le chanvre à fibres : Il est cultivé en climat tempéré. C'est un végétal dont la culture est délaissée pour des raisons économiques (cela réclame de la main-d'œuvre) et des raisons politiques à la suite de la campagne prohibitionniste menée aux États-Unis dans les années 30. Les fibres, après trempage dans l'eau et filage servent à la fabrication des voiles et des cordages pour la marine mais aussi pour la réalisation de vêtements d'où la dénomination de chanvre « textile ». Elles ont été utilisées pour la fabrication des semelles des espadrilles, des jeans, des toiles des peintres, du « canevas » des brodeuses. Les fibres permettent obtention de papier très fin : papier « bible », papier à cigarettes, billet de banque. Ce dernier usage est le principal de la production française actuelle. La culture française est soumise à un contrôle du ministère de l'Agriculture et fait l'objet d'un contrat entre l'État, le producteur et l'utilisateur des fibres. Elle est de 10 000 hectares aujourd'hui.

La graine du chanvre (chènevis) contient 25 à 35 % d'une huile riche en ester d'acides gras poly insaturés. Elle est utilisée dans les peintures et en cosmétologie. Elle contient également 25 % de protide. Elle ne contient pas de cannabinoïdes. On peut également utiliser pour la nourriture du bétail, comme aliment pour les oiseaux ainsi que comme appât de pêche. Pour l'anecdote, on peut fabriquer un beurre de chènevis très nourrissant.

Le chanvre à résine dit « indien » : Il ne sert pas au même usage agricole à cause de la brièveté de ses fibres. Il sécrète en revanche une quantité plus ou moins importante de « résine » lui permettant de résister dans les zones chaudes. Extrêmement riche en produits chimiques, cette résine contient notamment des substances appelées cannabinoïdes. L'une d'entre elles, le tétrahydrocannabinol (Δ 9 THC), à un très fort pouvoir sur le système nerveux central. D'autres substances seraient actives à l'égard de diverses pathologies somatiques ce qui explique l'intérêt

¹¹ VON LINNÉ, (C.), Species Plantarum, 1753.

manifesté de longue date pour cette plante. À maturité, les pieds femelles contiennent deux fois plus de résine que les pieds mâles. Les plans femelles produisent à peine plus de résine que les pieds mâles et la période de croissance végétative est relativement prolongée.

Comme nous l'avons déjà signalé, la différence entre les formes à fibres et à résine n'est pas toujours très nette. La teneur en T. H. C. constitue un des critères de sélection. Les variétés semées en France contiennent en moyenne 0,03 % de T. H. C. avec une limite légale, désormais européenne, de 0,3 % rapportés à la matière sèche.

B. La culture du cannabis sativa

Le cannabis est originaire d'une zone limitée d'Asie centrale. Partout ailleurs, il ne se trouve qu'à l'état de culture ou à l'état subsponané. Le cannabis est une plante annuelle qui se prête autant à la culture en extérieur qu'à une culture en intérieur conditionnée par des apports en eau et une chaleur suffisante. Cette plante est extrêmement résistante et exceptionnellement sujette aux maladies cryptogamiques et ne redoute qu'un excès d'humidité.

La culture en extérieur : Elle est la plus largement utilisée dans les zones de production massive que ce soit pour les fibres ou pour la résine. Le chanvre est produit sous forme d'une large monoculture. Les producteurs clandestins peuvent planter le cannabis au milieu d'autres types de cultures destinées à le masquer. Dans nos régions, il était mêlé au maïs ou au tournesol. À l'heure actuelle, il est plutôt cultivé dans les jardins ou dans des zones incultes.

À la Jamaïque, le cannabis pousse de façon subsponané. Il n'a besoin de soins que sur une très courte période à savoir trois semaines après sa germination. Il est possible d'obtenir deux récoltes par an. La Ganja est séchée au soleil. La culture des plants est en principe interdite mais la législation n'est absolument pas appliquée.

Au Liban, dans la vallée de la Bekaa, on commence par deux labours perpendiculaires suivis d'un désherbage. Le semis est effectué à la volée généralement en juin. Les champs sont rapidement arrosés ou irrigués. Les agriculteurs arrachent les pieds mâles dès que la pollinisation est terminée. On

éclaircit ainsi les cultures et on peut obtenir des pieds sans graines (Sinsemilla). Les plans mettent quatre mois pour parvenir à maturité et sont d'autant plus riches en résine que septembre est chaud. L'adjonction d'engrais peut augmenter la production de 30 %.

La culture en intérieur est de plus en plus fréquemment observée dans de nombreux pays occidentaux (Pays-Bas, Angleterre, France, États-Unis, Europe centrale) aux Pays-Bas. Ce sont essentiellement des variétés riches en résine. Il existe à Amsterdam des marchands de graines et de pieds spécialisés. Il existe des concours aux Pays-Bas, en Suisse aux États-Unis dénommés « cannabis cup ». Il est possible s'y procurer une abondante documentation sur le cannabis ainsi que tout le matériel nécessaire à sa culture.

Les sites Internet sont également à l'heure actuelle le moyen le plus facile pour se procurer tout ce qui est nécessaire à savoir pour la culture du cannabis dans tous les sens du terme.

C. Chimie et Pharmacologie du Cannabis

Généralités : Il existe une différence fondamentale entre la consommation de plantes psychoactives et l'usage d'extraits concentrés de principes actifs ou alcaloïdes, à l'origine contenus en quantités diluées dans ces mêmes plantes. Une plante psychotrope contient généralement moins de 5% de principe actif alors qu'une préparation raffinée peut atteindre 100%. (La teneur en cocaïne de la feuille de coca est inférieure à 2% alors que le chlorhydrate de cocaïne peut atteindre plus de 90% de cocaïne).

De plus, une plante à l'état brut est habituellement absorbée par voie orale et donc stomacale, ce qui dégrade les principes actifs, tandis qu'un produit raffiné est souvent conçu pour pénétrer dans le sang par des voies plus directes puisqu'il peut être prisé, fumé ou injecté.

C'est la raison pour laquelle les effets produits par l'absorption orale sont en général beaucoup moins puissants que ceux induits par l'usage régulier ou occasionnel des principes actifs raffinés et concentrés absorbés par voie directe.

La consommation d'une plante psychoactive s'inscrit toujours dans un contexte culturel et traditionnel précis, ce qui est aussi le cas avec les drogues de synthèse ou de semi-synthèse que l'on a conçues la plupart du temps comme des " médicaments", mais d'une manière bien différente.

« La culture du médicament est une des caractéristiques des sociétés occidentales modernes où cette culture correspond à des valeurs fortement encouragées comme l'immédiateté, la rapidité, la compétitivité renvoyant au culte de la performance. A l'inverse, la culture des plantes à drogues traditionnelles semble correspondre à d'autres valeurs comme la convivialité, une autre perception de l'écoulement du temps, ainsi qu'une conception de l'existence qui s'apparente plus à la contemplation et à la durée qu'à l'action »¹².

Les drogues naturelles utilisées telles quelles « apparaissent » comme moins nocives, engendrant potentiellement moins d'abus, permettant avec le temps un meilleur usage.

« Pour des raisons biologiques, affectives et symboliques, les relations que l'on établit avec une plante à l'état quasiment brut et les effets engendrés diffèrent beaucoup de celles que l'on entretient avec les produits raffinés. Le contexte culturel attaché aux plantes psychotropes, entraîne des représentations sociales et imaginaires et un discours très différents de ceux suscités par l'usage des drogues manufacturées. »¹³

Nous allons maintenant évoquer les découvertes récentes et déterminantes en neurobiologie en général puis concernant le cannabis.

(a) Progrès récents en pharmacologie du Système Nerveux Central (SNC)

Ils ont permis au cours des années 70-80 la détermination de la structure moléculaire des principes actifs contenus dans les principales plantes psychotropes.

« On a mis en évidence que la structure chimique des principes actifs était très proche de certaines hormones du cerveau. Ces dernières sont en général des neurotransmetteurs qui jouent un rôle fondamental dans la biochimie des fonctions mentales car elles participent à la transmission chimique neuronale. »

« Ainsi, la mescaline, principe actif hallucinogène du peyotl est un alcaloïde très proche de l'adrénaline, hormone cérébrale et neurotransmetteur important. La mescaline et l'adrénaline ont donc la même structure de base, en l'occurrence il

¹² Des plantes à drogues aux drogues synthétiques, de la botanique à la chimie : Effets et usages différenciés sur le site http://www.prospective-jeunesse.be/drogues_bota_chimie.phpnote.

¹³ Des plantes à drogues aux drogues synthétiques, de la botanique à la chimie : Effets et usages différenciés, Op. Cit.

s'agit ici de la phényléthylamine, elle même dérivée d'un acide aminé essentiel, la phénylalanine, et qui entre notamment dans la composition des drogues de synthèse. »

« La psilocybine, principe actif de nombreux champignons hallucinogènes (psilocybe notamment), est dérivée de la tryptamine, dérivé d'un acide aminé essentiel le tryptophane et composant de base de l'hormone cérébrale sérotonine, également un neurotransmetteur important et dont le rôle est actuellement étudié dans les psychopathologies à caractère dépressif. »¹⁴(Idem prospective-jeunesse)

Cette parenté entre les principes actifs des plantes psychotropes et les neurotransmetteurs a conduit ensuite les chercheurs à soupçonner que les alcaloïdes puissent agir aux mêmes endroits que certains sites du système nerveux central car ayant la même structure de base.

« Ainsi, à l'image de clefs semblables ouvrant une même serrure, il est apparu que la capacité des molécules psychotropes à produire des changements dans les fonctions cérébrales n'était pas seulement due à leur composition chimique, mais aussi à leur curieuse disposition spatiale. Les molécules exogènes agiraient donc d'une manière mimétique, copiant leurs homologues endogènes car ayant la même morphologie. »¹⁵

Cette avancée scientifique allait déboucher dans les années 1970 à la découverte des fameuses " serrures " que semblaient ouvrir les alcaloïdes des psychotropes : les neurorécepteurs destinés à capter les molécules exogènes, mais aussi endogènes.

Les premiers neurorécepteurs découverts en 1975 furent ceux destinés à recevoir la molécule de morphine. A la suite de cette découverte par J. HUGHES et H. KOSTERLITZ¹⁶, on ne tarda plus à confirmer ce que l'on déduisait déjà logiquement, à savoir l'existence de " clefs " endogènes, les morphines naturelles endogènes produites par le cerveau : les endorphines ou enképhalines.

¹⁴ Des plantes à drogues aux drogues synthétiques, de la botanique à la chimie : Effets et usages différenciés, Op. Cit.

¹⁵ Des plantes à drogues aux drogues synthétiques, de la botanique à la chimie : Effets et usages différenciés, Op. Cit.

¹⁶ HUGHES, (J.) & KOSTERLITZ, (H.), Neuropeptides, Unlocking the secrets of the brain, D.I.N. Newservice | Do It Now Foundation, Jim Parker, 1983, 40-63.

(b) Pharmacologie du cannabis

En 1990, une équipe américaine¹⁷ confirmait l'existence de récepteurs spécifiques au THC (tétrahydrocannabinol), principe actif du cannabis, hypothèse déjà avancée par l'équipe scientifique de HOWLETT¹⁸ dès 1987 et qui avait suspecté l'existence de ces récepteurs (les cannabinoïdes agissent de façon stéréospécifique). Plus récemment encore, en 1992, des chercheurs américains¹⁹ et israéliens (dont R. MECOULAM²⁰) publiaient la découverte d'une molécule morphologiquement proche du THC, l'anandamide (du sanskrit ânanda, félicité) un neuromédiateur fabriqué par le cerveau qui se lie aux récepteurs du THC, un ligand comme le nomment les neurobiologistes (D. RICHARD & J.L. SENON²¹). Il reste maintenant à montrer que le cerveau de l'homme produit du THC endogène ou une substance analogue et que celle-ci, au même titre que les morphines endogènes ou d'autres neurotransmetteurs, joue un rôle dans la biochimie des fonctions mentales.

(c) Terminologie

Comme nous l'avons déjà vu, le cannabis est un terme générique utilisé pour décrire diverses préparations psychoactives de la plante nommée *cannabis sativa* (chanvre). Le principe psychoactif principal du cannabis est le D-9-tétrahydrocannabinol (THC). Des composés structurellement similaires au THC sont appelés cannabinoïdes. En outre, un certain nombre de composants identifiés récemment sont différents des cannabinoïdes, mais ils partagent malgré tout plusieurs de leurs propriétés pharmacologiques. Le cannabis contient au moins 60

¹⁷ MATSUDA, (L.A.), LOLAIT, (S.J.), YOUNG, (A.C), BONNER, (T.I.), "Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned CDNA", Nature, n°346, 1990, p 561- 564.

¹⁸ HOWLET, (A.), Cannabinoid inhibition of adenylate cyclase: relative activity of constituents and metabolites of marihuana. Neuropharmacology, 1987, 26(5), 507-512.

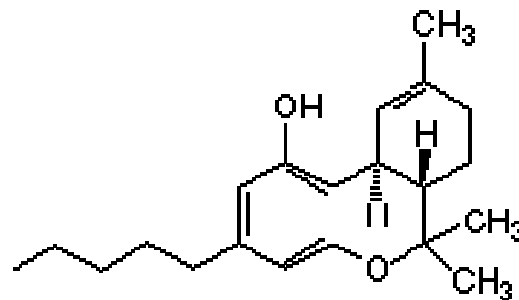
¹⁹ DEVANE, (WA.), HANUS, (L.), BREUER, (A.), PERTWEE, (RG.), STEVENSON, (LA.) et coll. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. Science 1992, 258 : 1946-1949.

²⁰ MECOULAM, (R.), BEN-SHABAT, (S.), HANUS, (L.), LIGUMSKY, (M.), KAMINSKI, (NE.) et coll. Identification of an endogenous 2-monoglyceride, present in canine gut, that binds to cannabinoid receptors. Biochem Pharmacol 1995, 50 : 83-90.

²¹ RICHARD, (D.) & SENON, (J-L.), « Le Cannabis », Coll. Que sais-je ?, Paris, PUF, 2002, p 55.

cannabinoïdes, dont plusieurs sont biologiquement actifs. Le principal produit qui nous intéresse est (-)-trans-D-9-tétrahydrocannabinol (nommé THC dorénavant, sauf indication contraire), qui est le cannabinoïde le plus puissant de la plante. Ces substances sont également présentes dans le cannabis sous la forme de dérivés d'acide carboxylique, c'est-à-dire, l'acide tétrahydrocannabinolique.

Figure 1, THC le principe actif du cannabis



D-9 THC (Tétrahydrocannabinol) : psychoactif, existe uniquement dans le Cannabis

D-8 THC (Tétrahydrocannabinol) : psychoactif, présent en faible quantité

CBD (Cannabidiol) : neutralise les effets du THC

CBN (Cannabinol) : aucun effet; résulte de la décomposition chimique du THC

Différents Alcaloïdes : en très faible quantité

Essences naturelles : responsable du fumet caractéristique du Cannabis

Outre plus de 60 cannabinoïdes identifiés, le cannabis contient plus de 300 composants chimiques. La très grande complexité de leur interaction fait du cannabis une des plantes les plus rétives à la synthèse biochimique. Nous trouvons les substances actives essentiellement dans la sève produite par les différentes glandes de la plante femelle. Leur concentration est plus importante dans les têtes que dans n'importe quelle autre partie du végétal. Pour information, les graines de Cannabis ne contiennent aucune substance active.

Selon sa teneur en THC, le Cannabis peut être divisé en trois catégories chimiques :

Tableau 1, Teneur en THC du cannabis

Type I	beaucoup de THC, peu de CBD, genre tropical (utilisé pour la production de drogue)
Type II	beaucoup de CBD, teneur moyen en THC, genre subtropical (type intermédiaire)
Type III	beaucoup de CBD, peu de THC, climat tempéré (type industriel)

Le contenu de THC et la composition de cannabinoïdes sont très changeants et dépendent de la variété de la plante, des conditions du sol et de la croissance de la plante. Le contenu de THC dans le cannabis se situe en général, entre 0.5 à 4%.

L'huile de chanvre, le haschisch et la sinsemilla contiennent tous des concentrations de THC entre 7 et 14%. Le haschisch en contient de 2-8%, bien que parfois il puisse augmenter à 10, voire 20 %. La concentration de THC dans l'huile de cannabis oscille entre 15 et 50%. Le récent développement de la technique des cultures hors-sol a donné naissance à des variétés de cannabis, au Pays-Bas, appelées "Netherweed" (herbe néerlandaise) avec des concentrations de TCH de l'ordre de 20%.

(d) Dosage(s)

Un joint typique contient entre 0.5 à 1.0 gramme de matière issue de la plante cannabis, et la valeur du THC se situera entre 5 et 150 mg (soit entre 1 et 15%). Le dosage de THC qui est véhiculé par voie de la fumée est estimé de 20 à 70%, le reste étant perdu durant la combustion ou la fumée latérale. La biodisponibilité du THC contenu dans une cigarette de marijuana, c'est-à-dire la substance qui atteint effectivement le courant sanguin, a été reportée comme étant de 5% à 24% chez les sujets étudiés. Etant donné ces variables, la dose de THC absorbée dans la fumée n'est pas aisément quantifiable.

En général, seule une petite dose de cannabis (à savoir, 2-3 mg de THC disponible) est nécessaire pour produire un état "planant" de courte durée, chez le consommateur occasionnel, et un seul joint peut suffire à deux ou trois individus. Un gros consommateur de marijuana peut consommer 5 joints ou plus par jour, et les gros utilisateurs en Jamaïque, par exemple, peuvent consommer jusqu'à 420 mg de THC par jour.

« Dans les produits à base de cannabis retrouvés en France, une très grande variabilité des concentrations en D9-THC est observée pour l'herbe (mélange de feuilles, tiges et sommités florales), mais aussi pour la résine (« haschich »). Des concentrations en D9-THC inférieures à 2 % sont relativement fréquentes (18 % des échantillons) »²².

Jusqu'en 1995, la moyenne pour l'herbe était de 5,5 %, et la teneur la plus élevée observée dans une saisie a été de 8,7 %. Pendant la même période, les échantillons de résine contenaient en moyenne 7 % de D9-THC, avec un maximum de 10,6 %.

Depuis 1996, bien que d'une façon générale les teneurs observées dans la majorité des échantillons aient peu évolué (environ 8 % pour l'herbe et 10 % pour la résine), sont apparus des échantillons à base de cannabis très fortement concentrés en D9-THC, jusqu'à 31 % pour la résine et 22 % pour l'herbe. Au cours de l'année 2000, 3 % des échantillons d'herbe et 18 % des échantillons de résine analysés contenaient plus de 15 % de D9-THC. De nouveaux produits sont apparus sur le marché français depuis 1998 : la « Skunk » (variété de fleurs de cannabis originaire des États-Unis et des Pays-Bas) et le « pollen » (étamines des plants mâles) contiendraient des concentrations en D9-THC encore plus élevées.

Peu de données existent dans la littérature sur les produits associés provenant du mode de culture (pesticides par exemple) ou du mode de préparation (colorants, paraffine, excréments d'animaux, huile de vidange, etc.), dont la toxicité pourrait ne pas être négligeable.

Après inhalation, selon la manière de fumer, 15 % à 50 % du D9-THC présent dans la fumée sont absorbés et passent dans le flux sanguin. Cette absorption

²² EXPERTISE COLLECTIVE INSERM, Cannabis ; Quels effets sur le comportement et la santé ? Données réactualisées, Dossier de presse, 6 mai 2004, www.inserm.com.

est très rapide : une étude montre que les concentrations sanguines maximales sont obtenues en moins de dix minutes. Elles sont dépendantes de la teneur en D9-THC présente dans le produit fumé. Les produits du métabolisme du D9-THC sont principalement le 11-hydroxy-D9-tétrahydrocannabinol (11-OH-D9-THC), métabolite ayant des effets pharmacologiques et le 11-nor-9-carboxy-D9-tétrahydrocannabinol (métabolite acide, D9-THC-COOH), dépourvu d'effet pharmacologique.

Très lipophile, le D9-THC se distribue rapidement dans tous les tissus riches en lipides, principalement le cerveau. Cette fixation tissulaire est responsable d'une diminution rapide des concentrations sanguines. Cette forte lipophilie, ainsi que l'existence d'un cycle entéro-hépatique et d'une réabsorption rénale se traduisent par des effets psychoactifs pouvant persister jusqu'à 45 à 150 minutes après arrêt de la consommation.

La vitesse d'élimination des cannabinoïdes est très variable et dépend de nombreux paramètres : dose, consommation régulière ou isolée, adiposité du sujet. L'élimination du D9-THC et de ses métabolites se fait par différentes voies : digestive, rénale et sudorale. La demi-vie (durée requise pour éliminer la moitié de la dose présente dans l'organisme) du D9-THC est d'environ huit à dix jours chez un adulte ne souffrant pas d'insuffisance hépatique. L'élimination, plus lente que pour les autres substances psychoactives, entraîne une accumulation de D9-THC notamment au niveau du cerveau lorsque le consommateur use avec régularité de cannabis.

Du fait de sa forte lipophilie, le D9-THC passe dans le lait maternel et à travers le placenta. Les concentrations observées dans le sang fœtal sont au moins égales à celles observées chez la mère.

Le D9-THC et ses métabolites peuvent être dosés dans les urines et le sang. En ce qui concerne la mise en évidence d'un usage de cannabis, il y a lieu de distinguer les méthodes de dépistage, utilisées dans un but d'orientation, et les méthodes de confirmation et de dosage. Le dépistage peut être effectué par des méthodes immunochimiques, soit à l'aide d'automates, soit en utilisant des tests rapides qui permettent d'obtenir un résultat en quelques minutes. Pour des raisons de

sensibilité et de spécificité, ces méthodes immunochimiques sont, à ce jour, exclusivement réservées à l'urine et ne peuvent en aucun cas être utilisées pour d'autres milieux biologiques tels que le sang. Du fait de la possibilité de résultats faussement positifs (dus à des réactivités croisées avec d'autres substances), tout résultat positif obtenu par méthode immunochimique doit obligatoirement être confirmé par une méthode séparative spécifique.

Pour les urines, de nombreux tests de dépistage sont commercialisés, certains d'entre eux présentant une assez bonne fiabilité en termes de spécificité et de sensibilité. Le D9-THC-COOH (inactif) est le métabolite majoritairement retrouvé dans les urines. Un seuil de détection positive est aujourd'hui fixé à 50 ng/ml. L'urine permet de mettre en évidence une consommation de cannabis, sans préjuger du temps écoulé entre le moment de la dernière consommation et celui du recueil d'urine.

La salive pourrait constituer un bon milieu de dépistage, facilement accessible et dans lequel la présence de D9-THC reflète une consommation récente (non détectable 2 à 10 heures après). Le passage des cannabinoïdes du flux sanguin vers la salive est très faible ; la présence de D9-THC y est essentiellement due au phénomène de séquestration buccodentaire lors de l'inhalation. Des tests salivaires sont actuellement utilisés mais comme les tests urinaires, ils doivent être validés par une prise de sang qui nécessite un « tiers » médical.

La sueur constitue un très mauvais milieu d'investigation, exposé à une contamination par l'environnement et dans lequel la présence de D9-THC ne reflète pas un usage récent. Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucun dispositif commercial fiable adapté au dépistage du D9-THC dans la sueur.

La confirmation de la consommation fait appel à des méthodes séparatives, chromatographiques. Actuellement, la méthodologie de référence est la chromatographie en phase gazeuse avec détection par spectrométrie de masse (CPG-SM). Le sang est unanimement considéré comme étant le seul milieu biologique adapté à des fins de confirmation. En effet, seul le sang analysé par CPG-SM permet de différencier principes actifs et métabolites inactifs, et d'effectuer parallèlement une analyse quantitative. Il permet en outre d'estimer le temps écoulé entre le

moment de la dernière consommation et celui de la prise de sang. C'est pourquoi l'analyse du sang par CPG-SM est la seule méthodologie acceptable dans tout contexte médico-légal (incluant les accidents de la voie publique).

Les cheveux reflètent des expositions répétées et permettent, à ce titre, d'établir un calendrier d'exposition. Chaque centimètre de cheveu représente grossièrement la pousse d'un mois ; l'analyse de segments permet ainsi de caractériser le profil de consommation et de suivre son évolution. Le D9-THC est l'analyte majoritaire retrouvé dans les cheveux. Seule une très faible quantité de D9-THC-COOH (< 1 %) est présente. L'analyse des cannabinoïdes dans les cheveux permet de mettre en évidence les consommateurs chroniques et d'établir un niveau (faible, moyen, important) de consommation, ce qui n'est pas possible par l'analyse urinaire.

L'abstinence est ainsi mieux appréhendée par cette approche que par un suivi dans les urines. L'analyse des cheveux présente donc de nombreux avantages en médecine légale, en médecine du travail, en médecine du trafic et dans la lutte contre le dopage.

Peu de données existent concernant la corrélation effets-concentrations sanguines, notamment dans le cas de faibles concentrations en principes actifs. De fait, si les données de la littérature permettent d'attribuer des effets pharmacologiques (mydriase, conjonctives injectées, troubles comportementaux) à des concentrations sanguines de D9-THC significatives (plusieurs ng/ml), l'interprétation des résultats devient très difficile lorsque cette concentration est voisine ou inférieure à 1 ng/ml. »

Les données de ce sous-chapitre sont largement extraites de l'expertise collective INSERM sur le cannabis parue en 2001 et réactualisée en 2004 .Nous avons cependant rajouté l'utilisation des tests salivaires qui sont apparus depuis cette date.

(e) Effets généraux

L'effet principal du THC est de modifier l'humeur, les sensations et le comportement. Les personnes peuvent se sentir plus relaxées, joyeuses, insouciantes

mais l'euphorie peut facilement se transformer en déprime et autres difficultés psychiques. Le THC est un perturbateur du système nerveux central, cependant la marijuana provoque peu d'hallucinations contrairement à d'autres drogues beaucoup plus fortes. La perception sensorielle semble accrue, les couleurs plus éclatantes et les sons plus distincts. L'utilisateur aura la bouche sèche, son appétit va augmenter, son rythme cardiaque va légèrement accélérer.

À des fins médicales, on peut utiliser l'ingrédient actif de la marijuana, le THC, pour diminuer les vomissements des personnes ayant à subir un traitement de chimiothérapie contre le cancer.

Nous allons maintenant nous focaliser plus spécifiquement sur les effets psychiatriques du cannabis.

Les effets psychiatriques du cannabis²³

Le cannabis est le plus souvent considéré comme une drogue inoffensive et la prévalence de l'usage au cours d'une vie s'est considérablement développée dans les pays occidentaux. Néanmoins, un faisceau de preuves met en évidence les risques de dépendance et les effets indésirables particulièrement parmi les gens qui présentent une pathologie psychiatrique préexistante.

Les effets psychiques du cannabis peuvent être classifiés en trois catégories : Tout d'abord les aspects psychiatriques tels que les attaques de panique, l'anxiété, la dépression ou la psychose. Ces effets peuvent être décrits comme toxiques puisqu'ils apparaissent généralement après une consommation excessive du produit. Ensuite, les effets du cannabis sur des maladies mentales préexistantes ainsi que le cannabis en tant que facteur de risque pour la maladie mentale. Enfin, la dépendance ou les effets du sevrage.

²³ JOHNS, (A.), Psychiatric effects of cannabis, *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178, 116-122.

D. Les réponses psychiatriques à la consommation de cannabis

Les effets du cannabis peuvent mimer les effets de certaines maladies mentales et ainsi peuvent induire en erreur le clinicien. La plupart de ces effets sont dose-dépendants mais les effets indésirables peuvent être aggravés par des facteurs constitutionnels tels que l'immaturité et des traits de caractère ou de vulnérabilité à des maladies mentales.

Le cannabis et les changements d'humeur : La réponse aiguë à la consommation de cannabis inclut généralement une euphorie et un sentiment de détachement et de relaxation. Les effets indésirables ne sont pas rares. Ils sont brefs mais peuvent persister en cas d'usage continu du produit. Différentes études les mettent en avant. Néanmoins, les effets indésirables les plus communs sont les sentiments d'anxiété, la paranoïa ou la dépression (21 %) la fatigue ou une motivation émoussée (21 %).

Parmi les individus qui ont fait des tentatives de suicide sérieuses, 16,2 % avaient des critères de mésusage ou de dépendance au cannabis contre 1,9 % chez les sujets contrôles. L'étude de AL. BEAUTRAIS²⁴ suggère que le mésusage de cannabis peut être une contribution directe aux risques soit directement soit en aggravant d'autres troubles mentaux.

L'usage de cannabis peut conduire à une batterie de symptômes transitoires tels que dépersonnalisation, déréalisation, un sentiment de perte de contrôle, une peur de mourir, une panique irrationnelle ou des idées paranoïdes. L'usage habituel du terme psychose cannabique dans la pratique clinique psychiatrique et la littérature scientifique résulte grandement des imprécisions diagnostiques et de recherche sans validité scientifique réelle. En effet, de nombreuses études n'ont pas la rigueur méthodologique souhaitée. Les études ne séparent pas toujours psychose fonctionnelle et organique car la plupart du temps les signes cliniques sont

²⁴ BEAUTRAIS, (A.L.), JOYCE, (P.R.), MULDER, (R.T.), Cannabis abuse and serious suicide attempts, *Addiction* (1999), 94, 1155-1164.

identiques. W. HALL et collaborateurs²⁵ suggèrent que les questions fondamentales sont : y a-t-il une psychose cannabique ou le cannabis précipite-t-il une psychose sous-jacente ?

En théorie, l'usage du cannabis peut précipiter une psychose sous-jacente dans les cas suivants :

- Un usage abusif de doses importantes peut entraîner une psychose toxique ou organique avec des symptômes de confusion et d'hallucinations qui s'estompent avec l'abstinence.
- L'usage de cannabis peut conduire à une psychose fonctionnelle aiguë similaire à un état schizophréniforme et prendre l'apparence d'une psychose toxique.
- L'usage de cannabis peut conduire à une psychose chronique qui persiste après abstinence.
- L'usage de cannabis à long terme peut conduire à une psychose organique qui entre en rémission de façon incomplète après abstinence, laissant un état déficitaire résiduel quelquefois appelé syndrome amotivationnel qui est très proche de ce que l'on observe dans les atteintes cérébrales dues à l'usage prolongé d'alcool.
- L'usage de cannabis est un facteur de risque pour des maladies mentales graves telles que la schizophrénie.

Les données réactualisées en 2004 de l'expertise collective de l'INSERM (déjà citée sur www.inserm.com) apportent quelques nouvelles données sur ce sujet. En effet, fin 2002, trois études longitudinales prospectives sur différentes populations ont été publiées simultanément.

Tout d'abord, la cohorte de conscrits suédois²⁶ a été étendue (plus de 50 000 sujets) et ré-analysée²⁷, prenant en compte certains facteurs confondants : traits de

²⁵ HALL, (W.), SOLOWIJ, (N.), LEMON, (J.), The Health and Social Consequences of Cannabis Use, Monograph series n° 25, Canberra : Australian Government Publishing Service.

²⁶ ANDREASSON, (S.), ALLEBECK, (P.), ENGSTROM, (A.), RYDBERG, (U.), Cannabis and schizophrenia, A longitudinal study of Swedish conscripts, Lancet, 1987, 2 : 1483-1486.

personnalité, abus d'alcool, qualité des relations interpersonnelles, comportement durant l'enfance, antécédents psychiatriques familiaux, niveau socioculturel, quotient intellectuel. Quels que soient le sous-groupe et l'analyse, dès une consommation de 5 à 10 fois, l'Odds ratio montre un excès significatif de schizophrénie (OR environ à 2, tous niveaux de consommation confondus).

L'étude prospective réalisée sur une cohorte néo-zélandaise de 759 sujets montre clairement l'augmentation du risque de schizophrénie en cas de consommation de cannabis²⁸ (L. ARSENEAULT et coll., 2002). Ainsi, comparés à des sujets n'ayant jamais consommé de cannabis plus d'une ou deux fois (n = 494), les sujets ayant consommé du cannabis (au moins trois fois) à l'âge de 15 ans (n = 29) ou 18 ans (n = 236) ont un risque 4 fois supérieur de présenter des symptômes schizophréniques à l'âge de 26 ans. Un excès de symptômes dépressifs a été retrouvé chez les personnes consommatrices de cannabis à 18 ans. La consommation d'autres drogues n'avait pas d'effet prédictif qui dépasse celui du cannabis. Le risque de schizophrénie était supérieur en cas de consommation précoce (10 %), comparé à 3 % pour les sujets débutant leur consommation à 18 ans (3 %). »

L'ensemble de ces études montre que le risque de présenter des symptômes psychotiques est supérieur lorsque l'on a consommé du cannabis au moment de l'adolescence.

Une étude prospective sur 15 ans en population générale (1 920 adultes) aux États-Unis²⁹ montre que le cannabis augmente le risque de dépression d'un facteur 4, en particulier des idéations suicidaires et de l'anhédonie. Ces résultats sont confirmés par une étude réalisée en Australie³⁰ sur une cohorte de lycéens adolescents (14-

²⁷ ZAMMIT, (S.), ALLEBECK, (P.), ANDREASSON, (S.), LUNDBERG, (I.), LEWIS, (G.), Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study, *BMJ*, 2002, 325 : 1199-1201.

²⁸ ARSENEAULT, (L.), CANNON, (M.), POULTON, (R.), MURRAY, (R.), CASPI, (A.), MOFFIT, (T.E.), Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study, *BMJ*, 2002, 325 : 1212-1213.

²⁹ BOVASSO, (G.B.), Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms, *Am J Psychiatry*, 2001, 158 : 2033-2037.

³⁰ PATTON, (G.C.), COFFEY, (C.), CARLIN, (J.B.), DEGENHART, (L.), LYNSKEY, (M.), HALL, (W.), Cannabis use and mental health in young people: cohort study, *BMJ*, 2002, 325 : 1195-1198.

15 ans à l'entrée) montrant un effet dose entre l'usage de cannabis et l'anxiété ou la dépression en fonction du niveau de consommation. À l'encontre de l'idée d'une automédication, la dépression à l'entrée de l'étude ne prédit l'usage de cannabis ultérieur dans aucune de ces études.

Les liens entre consommation de substances et schizophrénie sont bien évidemment complexes ; il ne fait aucun doute que cette consommation de substances peut s'intégrer dans certains cas dans un contexte d'apparition des symptômes prodromiques d'un trouble schizophrénique débutant. Dans une population de premier épisode psychotique³¹, la date d'apparition du premier signe de schizophrénie coïncide de façon significative avec celle du mois où débute une consommation régulière de cannabis (plus d'une fois par semaine) (34,6 % des patients) ou lui est postérieure dans 62 % des cas.

En revanche, la chronologie de consommation montre clairement que la consommation de cannabis et d'alcool s'inscrit assez peu fréquemment dans une automédication après l'apparition des symptômes. Par ailleurs, le risque relatif de développer une schizophrénie reste significatif, même lorsque seules les psychoses débutant plus de 5 ans après cette consommation sont considérées (OR : 2,5) permettant d'éviter les schizophrénies en phase prodromique.

Deux éléments apparaissent dans la discussion : d'une part, un facteur dose-dépendant (plus on consomme plus on augmente le risque d'apparition) et, d'autre part, un facteur âge-dépendant (plus on consomme tôt, plus on augmente le risque).

Il apparaît ainsi dans l'étude de ZAMMIT et coll. (déjà citée) que le risque, bien que significatif, dès une consommation de 10 fois à l'âge de 18 ans (bien loin d'une consommation importante et abusive) double lorsque la consommation est plus importante : Odd Ratio 2,6 (pour une consommation de 5 à 10 fois) à 4,7 (plus de 50 fois). D'autre part, le risque apparaît plus important lorsque la consommation débute dès l'âge de 15 ans par rapport à une consommation à 18 ans (10 % chez ceux

³¹ BÜLHER, (B.), HAMBRECHT, (M.), LOFFLER, (W.), AN DER HEIDEN, (W.), HAFNER, (H.), Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse - a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophr Res* 2002, 54 : 243-251.

consommant à 15 ans versus 3 % à 18 ans dans l'étude d'ARSENEAULT et coll. (2002)).

Il pourrait donc y avoir un effet âge-dépendant, au moment de l'adolescence. Enfin, une étude sur les premiers épisodes³² montre que l'âge de début est plus précoce chez les consommateurs de cannabis.

Au total, reprenant ces études, la revue de littérature L. ARSENEAULT et coll. (2004) estime que le risque relatif global lié au cannabis est d'environ un facteur 2, prenant en compte les consommations limitées. Bien que ce risque relatif soit modéré, il est loin d'être marginal compte tenu de la large exposition des adolescents à cette consommation. Ces éléments permettent aujourd'hui de conclure que, bien que n'étant ni nécessaire ni suffisant pour développer une schizophrénie, le cannabis est un facteur causal de schizophrénie.

Les recherches ultérieures doivent bien sûr permettre d'affiner les informations issues des études prospectives, notamment en améliorant les critères de définition des troubles, ainsi que le recueil des modalités précises de consommation, en particulier l'âge et l'étendue de l'exposition au cannabis.

Il conviendra également d'apporter des éléments au débat pour mieux comprendre sur quoi reposent d'une part, la vulnérabilité individuelle (des facteurs génétiques ?) et d'autre part, quels sont les mécanismes biologiques en cause entre le système dopaminergique et endocannabinoïde.

³² VEEN, (N.D.), SELTEN, (J.P.), VAN DER TWEEL, (I.), FELLER, (W.G.), HOEK, (H.W.), KAHN, (R.S.), Cannabis use and age at onset of schizophrenia, *Am J Psychiatry*, 2004, 161: 501-506.

E. La dépendance au cannabis

On a longtemps cru que l'usage de cannabis ne conduisait pas à la tolérance et n'entraînait pas de syndrome de sevrage. Néanmoins, depuis le milieu des années 70, ces opinions ont été contredites par de nombreuses études expérimentales et d'observations cliniques. Par exemple, l'étude de JONES en 1976³³ après administration orale de T. H. C. à des doses de 70 à 210 mg par jour pendant trente jours montre l'absence progressive de mieux être subjective. On retrouve les mêmes données en 1979. Les sujets ont alors trouvé que la marijuana à 210 mg pendant quatre semaines, « devenait de plus en plus faible ».

On trouvait également des signes de sevrage. Pendant la première semaine d'abstinence, les sujets devenaient très irritables, non coopérants, opposants et de temps en temps hostiles. Ils étaient également affamés et insomniaques. Ces effets s'estompaient au bout de trois semaines.

L'arrêt de la consommation de cannabis a aussi conduit à des syndromes de sevrage³⁴. Ce syndrome de sevrage au cannabis est maintenant clairement démontré et inclut une agitation, une anxiété, une dysphorie, une irritabilité, de l'insomnie ainsi qu'une anorexie avec des tremblements musculaires, inclus dans une augmentation des réflexes et des signes sympathiques tels que des variations tensionnelles, du pouls, de la transpiration et de la diarrhée. Il apparaît généralement au bout de dix heures et atteint son maximum à 48 heures³⁵.

³³ JONES, (R.T.), BENOWITZ, (N.), THE 30-day trip, Clinical studies of cannabis tolerance and dependence in *Pharmacology of Marijuana*, Vol. 2 (Eds M. C. BRAUDE & S. SZARA), New York: Academic Press, 1976.

³⁴ HANEY, (M.), WARD, (A.S.), COMER, (S.D.) et al., Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans, *Psychopharmacology (Berl.)*, 141, 395-404, 1999.

³⁵ MENDELSON, (J.H.), MELLO, (N.K.), LEX, (B.W.) et al., Marijuana withdrawal syndrome in a woman, *American Journal of Psychiatry*, 141, 1289-1290, 1984.

(a) La validité de la notion de dépendance au cannabis

Dans la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique (DSM-IV) de l'Association américaine de psychiatrie, la dépendance au cannabis est décrite comme un usage compulsif ne s'accompagnant pas, en général, d'une dépendance physiologique. Toutefois, une tolérance pour la plupart des effets du cannabis a été rapportée chez des consommateurs chroniques, et un syndrome de sevrage décrit dans certaines études. Dans une première étude empirique, J. MORGENSTERN³⁶ trouvait que le concept de dépendance au cannabis du DSM IV était au moins aussi valides que ceux de la dépendance à l'alcool, aux opiacés, stimulant aux sédatifs.

(b) Prévalence et apparition de la dépendance cannabis

Dans toutes les données, on retrouve une prévalence masculine supérieure à celle des femmes. Ceci est largement dû à une plus grande exposition des hommes aux drogues illicites.

Dans une cohorte néo-zélandaise de 1265 enfants, DM. FERGUSON et al³⁷ ont trouvé qu'à l'âge de vingt et un ans, presque 70 % avaient utilisé le cannabis et plus de 9 % avaient les critères du DSM IV pour la dépendance au cannabis. Les prédicteurs clés étaient le sexe masculin, l'appartenance à une minorité ethnique, des conduites à risques de l'adolescent incluant la consommation de cigarettes, des problèmes comportementaux et l'appartenance à un groupe de pairs délinquants.

THOMAS³⁸ en 1996 a trouvé que 35 % des utilisateurs de cannabis disaient qu'ils ne pouvaient s'arrêter quand ils voulaient, 24 % continuaient de consommer malgré des problèmes attribués aux drogues et 13 % ne pouvaient contrôler leur

³⁶ MORGENSTERN, (J.), LANGENBUCHER, (J.), LABOUVIE, (E.W.), the generalizability of the dependence syndrome across substances: an examination of some properties of the proposed DSM- IV criteria, *Addiction*, 89, 1105-1113, 1994.

³⁷ FERGUSON (D. M.), HORWOOD (L.J.), Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort, *New Zealand Medical Journal*, 113, 56-58, 2000.

³⁸ THOMAS, (H.), Psychiatric symptoms in cannabis users, *British Journal of Psychiatry*, 163, 141-149, 1993.

consommation. Il rapportait une impatience et de l'irritabilité dans 20 % des cas des enquêtés qui ne pouvaient se procurer du cannabis.

De façon très intéressante, les usagers dépendants ne rapportaient pas plus d'épisodes de panique ou psychotiques que ceux classifiés comme non dépendants. En considérant les circonstances sociales, 14 % des usagers de cannabis reconnaissaient que la consommation du produit leur avait causé à un désinvestissement d'activités préalablement considérées comme importantes ou réjouissantes.

F. Vulnérabilité aux effets secondaires du cannabis

Il a été préalablement souligné que des facteurs constitutionnels tels que le jeune âge, la personnalité et le mésusage d'autres drogues pouvaient agir en tant que facteurs de vulnérabilité pour les effets adverses du cannabis.

L'adolescence : Il y a nombreuses raisons de considérer l'adolescence comme une période de vulnérabilité. Par exemple, MD. NEWCOMBE et al³⁹ ont trouvé une forte relation entre l'usage de drogue à l'adolescence et l'expérience d'une détresse émotionnelle, de dépression et d'une absence de sens de la vie. TJ. CROWLEY et al⁴⁰ ont trouvé que pour les adolescents ayant des problèmes de dépendance, l'usage de cannabis n'était pas bénin et était associé avec des hauts niveaux de dépendance et signes de sevrage. Nous serions incomplets si nous ne citons pas l'étude française de C. ROURA & H. CHABROL⁴¹ sur les symptômes physiques dus au cannabis chez l'adolescent.

³⁹ NEWCOMBE, (M.D.), BENTIER, (P.), Consequences of Adolescent Drug Use: Impact on the lives of young adults, Newbury Park, CA: Sage, 1988.

⁴⁰ CROWLEY, (T.J.), MACDONALD, (M.J.) WHITMORE, (E.A.) et al., Cannabis dependence, withdrawal and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders, *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 27-37, 1998.

⁴¹ ROURA, (C.), CHABROL, (H.), Symptômes de tolérance, de sevrage et de dépendance au cannabis chez l'adolescent consommateur, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52 (2004), 11-16.

Poly usagers : Les observations cliniques suggèrent que les usagers de cannabis qui utilisent aussi d'autres drogues ou de l'alcool semblent avoir connu des problèmes de santé mentale plus sévères que ceux qui ont pris uniquement du cannabis mais il n'apparaît pas qu'il y ait eu des études publiées sur ce sujet.

Par contre, la poly consommation est un problème récurrent dans les populations en psychiatrie. Par exemple, M. BAIGENT et al⁴² suggèrent que 20 % des comorbidités concernent les patients qui utilisent plus d'une substance.

(a) La personnalité

A cause de l'hétérogénéité de la population de consommateurs de cannabis, il n'est pas surprenant que l'on ne retrouve pas une personnalité particulière pour cet usage pas plus d'ailleurs que pour la consommation d'autres drogues. Néanmoins, c'est une question d'observation clinique qui montre que l'usage de cannabis par certains individus semble être annoncé par certains traits comme une anxiété et une dysphorie. Les relations avec la personnalité antisociale ont fait l'objet de nombreuses publications.

(b) Conséquences à envisager dans le champ de la santé mentale

Comment les services de santé mentale peuvent-ils de prendre en compte tous ces éléments ?

Les trois priorités sont :

- Les effets du mésusage doivent être connus.
- Les services sociaux et de psychiatrie doivent développer des politiques de prise en charge des patients dans leur individualité mais également au niveau de la population générale.
- Il faut développer la recherche en ce qui concerne les interventions thérapeutiques pour les patients qui présentent à la fois une maladie

⁴² BAIGENT, (M.), HOLME, (G.), HAFNER, (R.J.), Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29, 69-74, 1995.

mentale et des problèmes de mésusage de produits, notamment dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient.

(c) Implications cliniques

Parmi ceux qui ont pris du cannabis, 10 % ont des risques de dépendance. L'usage de doses massives de cannabis conduit à des risques d'épisode psychotique et aggravent les symptômes et l'histoire naturelle de la maladie. Pour tout patient psychiatrique, la prise en charge et la gestion du risque sont incomplètes sans des recommandations concernant l'abus de substance. Une éducation thérapeutique du patient s'avère nécessaire.

(d) Limites

La littérature à notre disposition montre plutôt des rapports de cas cliniques et des études non contrôlées et l'inexistence de recherches sur la prévention primaire et l'éducation thérapeutique du patient. Les données épidémiologiques d'un critère ne peuvent pas servir à des généralisations sur d'autres groupes culturels. Il n'est pas facile de déterminer des explications causales et des perspectives éducatives à partir des études citées.

G. Conclusion partielle

On le voit, le cannabis n'est pas un produit comme un autre ; il partage les gens autour de lui. Il est interdit et est de plus en plus cultivé par ses consommateurs. Il est « anodin » pour certains mais on voit bien qu'il est lié à certains troubles mentaux sans que l'on puisse encore dire s'il est un facteur déclenchant. Enfin, il existe un réel débat au niveau de la dépendance et c'est pourquoi nous avons voulu insister sur ce thème. Les consommateurs déclarent volontiers qu'elle n'existe pas alors que les scientifiques qui ont mis en avant n'ont pas fait la une des journaux même si l'article du journal britannique *The Independent* déjà cité dans notre introduction constitue un premier pas vers la reconnaissance des dangers réels de ce

produit. Par contre, une des réalités du cannabis plus facilement admise est l'augmentation de son expérimentation et de certains de ces usages.

2. Cannabis : épidémiologie de sa consommation

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, 30 % déclarent avoir déjà consommé et 40 % s'en sont vus proposer ce qui porte la population ayant été en contact avec la substance à près de 46 %. Les chiffres les plus récents viennent d'être mis à disposition le 10 juillet 2007 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (O. F. D. T.)⁴³.

Les hommes sont globalement plus consommateurs que les femmes et les usages semblent concentrés dans une certaine classe d'âge (globalement entre 15 et 35 ans). Son usage se raréfie par la suite. Les personnes qui présentent les cursus scolaires courts ou difficiles et les personnes sans emploi présentent généralement des niveaux supérieurs de consommation à ceux dont les positions sociales ou le statut professionnel sont plus favorables. L'usage de cannabis et la fréquence des contacts amicaux sont étroitement liés ce qui explique en partie la consommation importante à l'adolescence. Depuis le début des années 1990, l'expérimentation de cannabis (c'est-à-dire le fait d'avoir consommé au moins une fois) a plus que doublé, ceci étant essentiellement dû à la consommation des jeunes générations. Ce phénomène semble s'être stabilisé. Par contre, même si l'usage tend à s'estomper après un certain âge, on constate un vieillissement de la population des usagers.

A. Etat des lieux

Depuis quinzaine d'années, il existe en France des enquêtes représentatives concernant la consommation de cannabis en population générale. L'observation s'appuie sur les enquêtes Baromètre santé menées par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) depuis le début des années 90 ainsi que sur l'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de

⁴³ COSTES, (J.-M.), Cannabis, données essentielles, OFDT, 2007, Paris, 229 p. Également en ligne sur www.ofdt.fr

préparation à la défense (ESCAPAD) mise en place par le OFDT depuis 2000. Les données les plus récentes que nous présentons dans ce travail datent de 2005. La répétition des enquêtes permet d'obtenir des chiffres de plus en plus fiables permettant de tracer des perspectives sur l'évolution de la consommation.

Parmi la tranche d'âge des 15 – 64 ans, 30,6 % des individus ont déjà expérimenté le cannabis tandis que 43,1 % en a déjà vu proposer. C'est donc au total 46 % de la population qui a été en contact avec le produit de l'une ou l'autre de ces manières. Si l'on veut comparer, viennent très loin derrière la consommation de *poppers* (3,9 %), de champignons hallucinogènes (2,7 %), de cocaïne (2,6 %) et d'ecstasy (2 %).

Neuf pour cent déclarent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois tandis que l'usage actuel des autres drogues illicites (LSD, ecstasy, héroïne, cocaïne) concerne moins de 1 % des individus.

Rapporté à l'ensemble de la population, on peut dire que le cannabis totalise plus de 12 millions d'expérimentateurs parmi les 12 – 75 ans, loin devant la cocaïne et l'ecstasy (près d'un million) et encore plus devant l'héroïne (350 000). L'usage de l'alcool et du tabac est beaucoup plus développé que ce soit le niveau d'expérimentation de l'usage actuel ou des usages irréguliers

L'usage régulier de cannabis (au moins 10 consommations au cours des 30 derniers jours) concerne plus d'un million de personnes et son usage quotidien plus d'un demi million⁴⁴. Ces données sont exposées dans le tableau suivant.

⁴⁴ BECK, (F.), et al. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », Tendances, n°48, 2006, p.1-6.

Tableau 2, Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans en 2005

	<i>Alcool</i>	<i>Tabac</i>	<i>Méd. psych.</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Héroïne</i>	<i>Cocaïne</i>	<i>Ecstasy</i>
Expérimentateurs	42,5 M	34,8 M	15,1 M	12,4 M	350 000	1,1 M	900 000
dont actuels	39,4 M	14,9 M	8,7 M	3,9 M	//	250 000	200 000
dont réguliers	9,7 M	11,8 M	//	1,2 M	//	//	//
dont quotidiens	6,4 M	11,8 M	//	550 000	//	//	//

// : non disponible

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population)

- Usage actuel : au moins un usage dans l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps)

- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, usage de somnifères ou de tranquillisants dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois

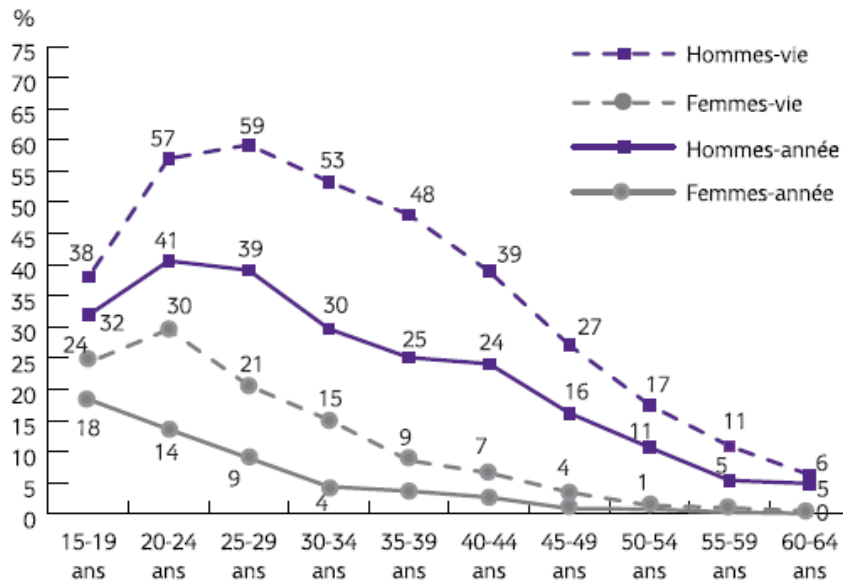
NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2005 est d'environ 46 millions.

Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESPAD 2003, Insem/OFDT/MJENR ; Baromètre Santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Les sujets de sexe masculin sont nettement plus consommateurs de cannabis que les femmes à tous les niveaux d'usage. L'usage au cours du mois dernier concerne 4,8 % des 12 – 64 ans répartis en 7,3 % d'hommes et 2,5 % de femmes. L'usage régulier concerne 2,8 % de la population est divisé en 4,3 % d'hommes et 1,3 % de femmes. L'usage quotidien concerne 1,3 % de la population, 2 % d'hommes contre 0,5 % de femmes.

L'usage du cannabis se raréfie avec l'âge comme l'atteste le tableau suivant. Le passage à la vie adulte marquant l'abandon de sa consommation, le cannabis est donc assimilé à une drogue « jeune ».

Figure 2, Usages de cannabis au cours de la vie et de l'année par sexe et par âge en 2005 (en%)

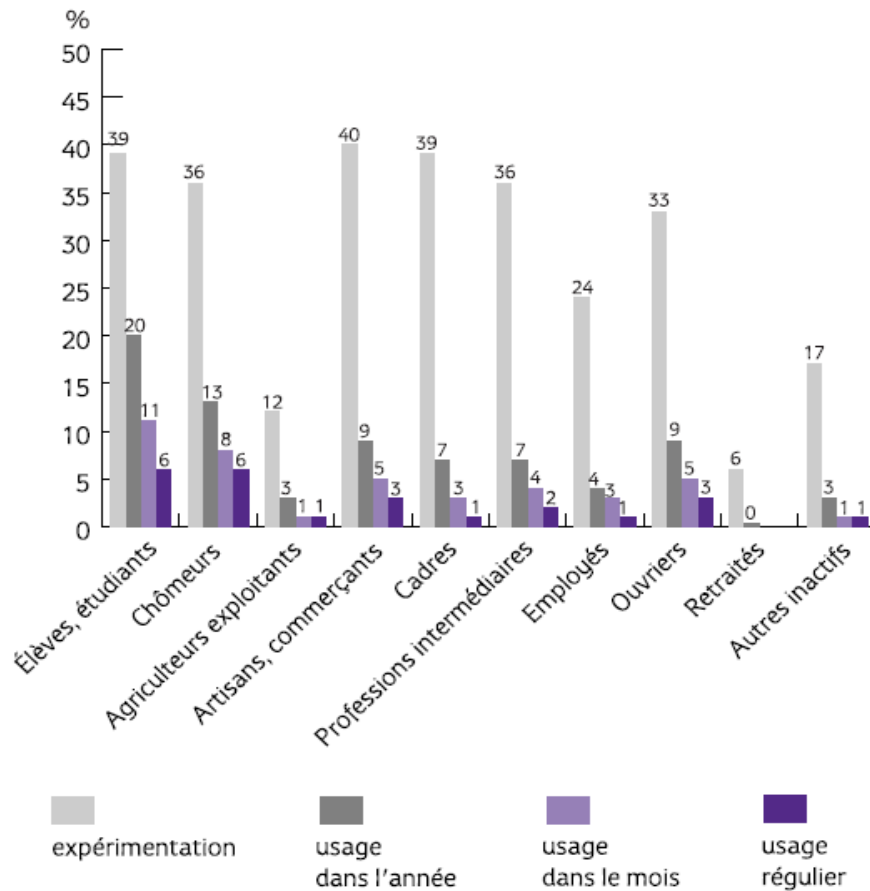


Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

B. Des consommations différentes suivant le secteur d'activité

Les usages apparaissent plus faibles parmi les inactifs qui concernent essentiellement les retraités tandis que c'est parmi les élèves et les étudiants qui se trouvent les plus répandus. Se rapprochent de ces consommations les chômeurs en ce qui concerne l'expérimentation mais elles sont moins élevées pour les usagers fréquents. Les écarts sont plus faibles parmi actifs occupés et on peut distinguer trois groupes très différents les uns des autres : en premier lieu, les agriculteurs exploitants largement sous consommateurs ; un deuxième groupe constitué des artisans, commerçants, chefs entreprises ainsi que des les ouvriers qui sont nettement surconsommateurs. Enfin, un groupe comprenant les cadres et professions intermédiaires qui ont une consommation proche de la moyenne. Ce qu'on pourra lire dans le tableau suivant.

Figure 3, Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans en 2005 (en %)



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Comme il est noté dans le rapport « Cannabis, données essentielles » : « les étudiants sont plus jeunes que les inactifs et présentent, de ce fait, des niveaux supérieurs d'usage de cannabis,.... Pour démêler ces facteurs de confusion et comparer les catégories « toutes choses égales par ailleurs » afin de vérifier s'il persiste un effet de l'appartenance à une catégorie donnée non réductible au sexe, à l'âge, etc. il importe de procéder à des analyses différentes ce qui est résumé dans le tableau suivant concernant les 15 – 34 ans. En comparaison des actifs occupés, les élèves et les étudiants apparaissent légèrement sous-expérimentateurs mais leurs usages plus récents ne se distinguent pas. Une analyse plus fine montre également que les étudiants du supérieur, contrairement à une idée répandue, ne se montrent pas plus souvent consommateurs que les actifs occupés du même âge ce qui nous intéressera pour notre population de référence. Enfin les chômeurs sont nettement surconsommateurs toutes choses égales par ailleurs ».

Tableau 3, Odds ratios (OR) des différents usages de cannabis parmi les 15-34 ans en 2005 ajustés* en fonction du statut scolaire et professionnel (en %)

	<i>Usage au cours de la vie</i>	<i>Usage au cours de l'année</i>	<i>Usage au cours du mois</i>	<i>Usage régulier</i>
Élèves, étudiants, n=3 368	0,8	1,1	0,9	0,8
Chômeurs, n=1 285	1,0	1,3	1,4	1,8
Actifs occupés : référence, n=5 576	-1-	-1-	-1-	-1-

* Sur l'âge, le sexe, la vie de couple, les enfants, le niveau de diplôme, la taille de l'unité urbaine de résidence et l'équipement téléphonique (liste blanche/orange, rouge, mobile exclusif). En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1 ; ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1. Un OR gras supérieur à 1 indique une surconsommation relative par rapport à la catégorie de référence pour l'indicateur considéré ; un OR gras inférieur à 1 indique une sous-consommation relative.

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Le niveau de formation scolaire est également un facteur important. La possession d'un diplôme de niveau bac est globalement un facteur associé à l'expérimentation, comme à l'usage dans l'année ou le mois. En revanche, elle est associée à une diminution de l'usage régulier de cannabis : les usagers réguliers parmi les possesseurs d'un diplôme d'enseignement supérieur sont de 30 % inférieurs à celle mesurée parmi ceux qui se sont arrêtés avant le bac ce dernier point pourrait s'expliquer par les perceptions accrues des dangers des produits ou une attention supérieure portée à sa santé avec l'élévation du niveau d'instruction⁴⁵.

C. Adolescence et sociabilité

Comme on l'a déjà dit, les garçons sont nettement surconsommateurs. En 2005, 49,5 % des jeunes de 17 ans déclaraient avoir déjà pris du cannabis au cours de leur vie, 27,9 % en avoir pris au cours des 30 derniers jours, 10,8 % de façon régulière (au moins 10 fois dans le mois) et 5,2 % quotidiennement au cours de cette

⁴⁵ BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), PERETTI-WATEL, (P.), Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. EROPP 2002, Paris, OFDT, 2003, 227 p.

période⁴⁶. L'usage est d'autant plus masculin que la fréquence considérée est élevée : le sexe ratio vaut 1,2 pour l'expérimentation et l'usage au cours de l'année, 1,5 pour l'usage au cours du mois, 2,4 pour l'usage régulier et 2,5 pour l'usage quotidien. L'expérimentation de cannabis se fait de façon précoce vers l'âge de 15 ans en moyenne alors que les autres drogues illicites sont expérimentées vers l'âge de 16 ans. Elle a lieu très massivement au cours de l'adolescence avec des prévalences concentrées rapidement avec l'âge au cours de cette période de la visite. En 2005, 12,8 % des expérimentateurs ont fumé leur premier joint au plus tard à 13 ans, 58,4 % à 15 ans et 90,3 % à 16 ans⁴⁷.

Tableau 4, Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel à 17 ans en 2005 (en %)

	Expérimentation	Usage au cours du mois	Usage régulier
Élève, étudiant	47,8	26,0	9,0
Apprentissage, formation alternée	57,1	37,2	18,1
Actif (chômeur ou occupé)	60,1	41,5	27,0

Exemple de lecture : 47,8 % des élèves et étudiants de 17 ans sont expérimentateurs de cannabis, 26,0 % usagers au cours du mois et 9,0 % usagers réguliers.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

Ainsi les usages sont plus répandus parmi ceux qui se sont orientés vers une filière scolaire courte ou professionnelle et davantage encore parmi les jeunes qui sont sortis du système scolaire. Cependant c'est l'intensité de la sociabilité et des contacts amicaux qui séparent encore plus les groupes que le parcours scolaire.

Pour ceux qui sortent dans les bars, on triple la consommation au cours du mois entre ceux qui ne sortent jamais et ceux qui sortent tous les jours ou presque. Il en va de même pour ceux qui organisent des soirées chez eux ou chez des amis : ici la proportion est multipliée par six. Le milieu social n'apparaît que peu associé à la fréquence d'usage dans ces cas-là.

⁴⁶ BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), SPILKA, (S.), Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque, Tendances, n°49, 2006, p.1-4.

⁴⁷ BECK, (F.), et al, Les drogues à 17 ans, rapport ESCAPAD 2005, Saint-Denis, OFDT, 2007 (à paraître).

Tableau 5, Usage de cannabis sur la sociabilité à 17 ans en 2005 (en %)

<i>Sortie dans les cafés, bars, pubs</i>	<i>Usage au cours du mois</i>	<i>En soirée chez des amis ou chez soi</i>	<i>Usage au cours du mois</i>
jamais	14,6	jamais	7,8
moins d'une fois par mois	19,5	moins d'une fois par mois	11,1
une ou deux fois par mois	30,2	une ou deux fois par mois	23,0
au moins une fois par semaine	39,8	au moins une fois par semaine	40,0
tous les jours ou presque	44,2	tous les jours ou presque	52,3

Exemple de lecture : 14,6 % des adolescents de 17 ans déclarant n'être jamais allés dans un café, bar ou pub avec des amis au cours des douze derniers mois disent avoir fumé du cannabis dans les trente derniers jours.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

Le cannabis semble quasi équitablement répandu aussi bien au niveau de l'expérimentation que de l'usage au cours du mois dans tous les milieux.

Tableau 6, Usages de cannabis suivant le milieu social familial* déclaré à 17 ans en 2005 (en %)

	<i>Expérimentation</i>	<i>Usage au cours du mois</i>
« défavorisé »	43,1	26,1
« modeste »	46,3	26,2
« moyen »	49,5	28,0
« favorisé »	53,5	29,6
« très favorisé »	56,2	31,3

Exemple de lecture : 43,1 % des adolescents de 17 ans dont la famille est classée dans la catégorie « défavorisée » (voir ci-dessous) disent avoir expérimenté le cannabis.

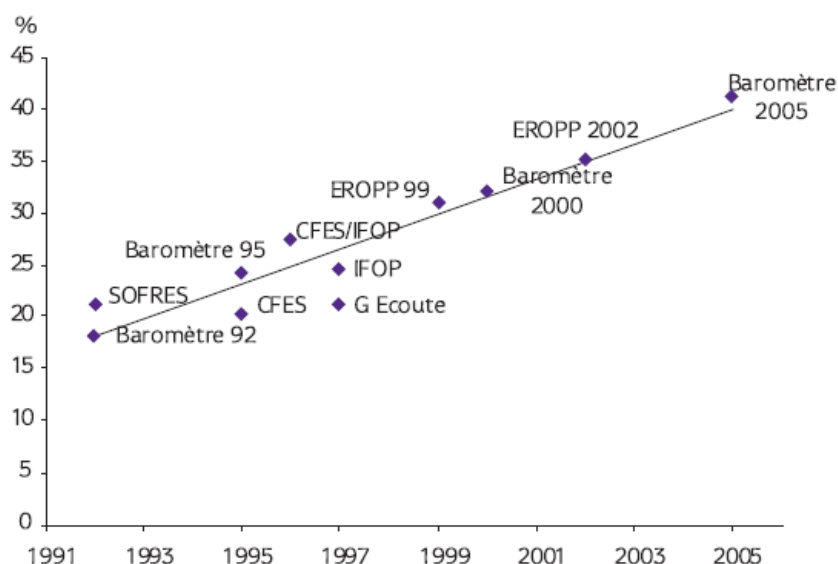
** Évalué par la Profession et catégorie sociale (PCS) la plus élevée du couple des parents, parmi 11 choix assortis d'exemples de professions, selon la répartition suivante : « défavorisé » indique que les deux parents sont déclarés inoccupés par l'enfant ; « modeste » qu'ils sont au maximum ouvrier ou employé ; « moyen » qu'ils sont au plus profession intermédiaire ; « favorisé » que l'un seulement des parents est cadre, chef d'entreprise, artisan ou commerçant ; « très favorisé » que les deux le sont. Ces catégories recoupent celles de l'INSEE mais ne sont pas identiques.*

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

D. Évolution de la consommation de cannabis depuis les 15 dernières années.

La régularité des enquêtes menées depuis 15 ans permet de mieux comprendre l'évolution de la consommation de cannabis que ce soit en population adulte ou en population adolescente. Ainsi peut-on évaluer la progression de l'expérimentation de cannabis parmi les 18 – 44 ans de 1992 à 2005 grâce à la réalisation successive soit de sondages d'opinion (SOFRES, IFOP) soit d'enquêtes menées par l'INPES dans le cadre du Baromètre santé puis par la suite grâce aux enquêtes EROPP 1999 et 2002.

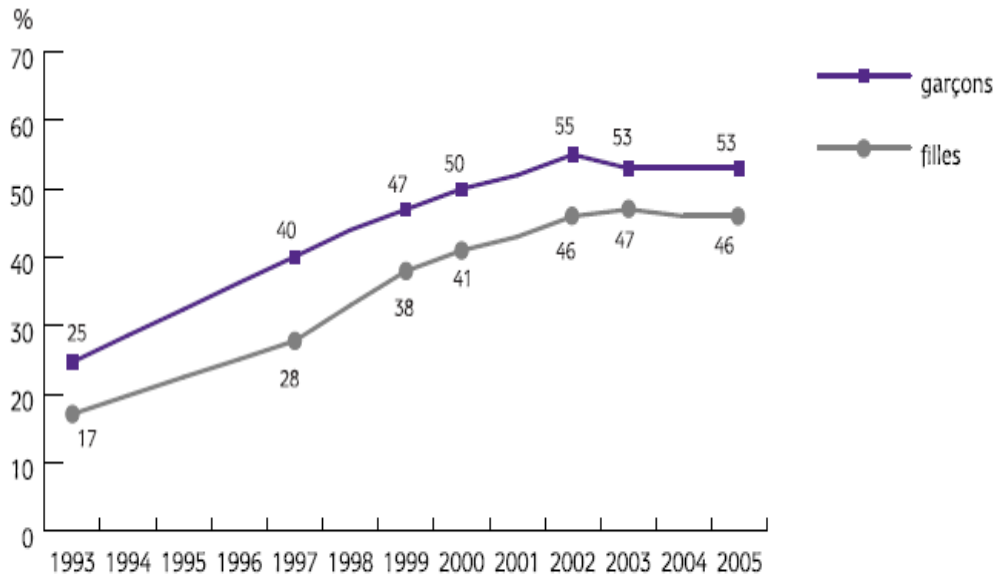
Figure 4, Expérimentation de cannabis parmi les 18-44 ans 1992-2005 (en %)



Sources : sondage 1992, SOFRES ; Baromètre 1992, 1995, 1996, 2000, CFES ; sondage 1997, IFOP ; sondage 1997, Publimétrie Grande Écoute ; EROPP 1999, 2002, OFDT ; Baromètre santé 2005, INPES.

Alors que l'expérimentation a connu une hausse régulière depuis 1990, ce mouvement semble s'être arrêté voire en baisse pour les hommes âgés de 18 à 25 ans entre 2002 (61 %) et 2005 (56 %) alors qu'elle reste stable pour les femmes de cette tranche d'âge (37 % en 2002 et 39 % en 2005).

Figure 5, Expérimentation de cannabis par sexe à 17 ans 1993-2005 (en %)



Sources : Adolescents, enquête nationale 1993, ; Enquête sur la scolarité et les loisirs des lycéens 1997, CADIS ; ESPAD 1999 Inserm/OFDI/MENRT ; ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, OFDI.

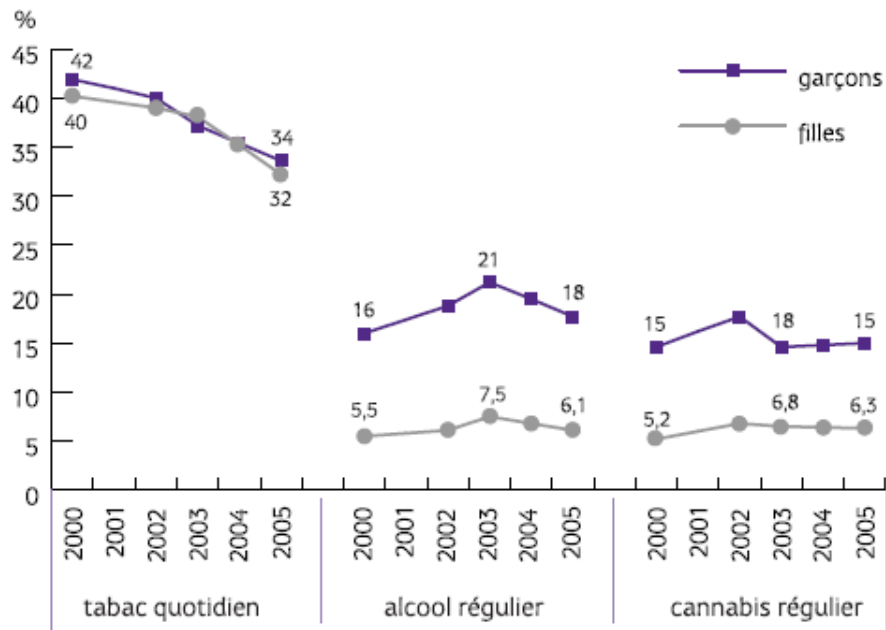
L'usage au cours de l'année qui apparaissait en hausse entre 1992 et 2002 est resté stable entre 2002 et 2005 et concerne environ 8 % des 18 – 64 ans.

L'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) semble également se stabiliser depuis 2000 autour de 5 %.

Par contre la consommation régulière (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours) a connu une augmentation significative entre 2000 et 2005 (passant de 1,7 % à 2,7 % des 18 – 64 ans), pour les hommes (passant de 2,6 % à 4,2 % ; $p < 0,001$) comme pour les femmes (de 0,8 % à 1,2 % ; $p < \text{inférieur à } 0,05$).

Il est également intéressant de noter que l'usage régulier de cannabis est très similaire que ce soit chez les garçons et chez les filles, les courbes étant quasiment superposables.

Figure 6, Usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe à 17 ans, 2000-2005 (en %)



Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

Pour conclure, l'augmentation de la consommation de cannabis ne peut plus être ignorée avec la réalisation régulière d'enquêtes qui vont toutes dans le même sens. Il semble important d'agir d'autant plus que nous connaissons mieux les contextes de survenue de ces problèmes et qu'ainsi nous pourrions ajuster les actions de prévention à entreprendre. L'apparition de l'expérimentation à un âge où la scolarité tient une place prépondérante incite à penser que l'école a son rôle à jouer dans la mise en place de l'éducation pour la santé.

3. Les représentations des drogues et du cannabis :

A l'exception de la partie spécifique de l'enquête EROPP 2002 qui fera l'objet d'un développement ultérieur, les communications ou articles ne sont pas légion sur le sujet. Nous avons cependant trouvé quelques documents s'approchant de nos préoccupations. Ils concernent pour la plupart une vision des consommateurs potentiels sur leurs propres consommations. Ce sont surtout des documents récents, le plus ancien datant de 1999.

A. Les jeunes, les drogues et leurs représentations

P. LE REST⁴⁸ a d'abord été professeur puis est devenu éducateur spécialisé et ethnologue. Il intervient en prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie auprès d'enfants d'âge primaire et de jeunes de collège et de lycée du département de l'Eure-et-Loir. Il est chargé de cours à l'Université de TOURS.

Il nous présente l'opposition entre un monde d'adultes étranger aux adolescents leur imposant une violence, trop souvent non dite et les adolescents à cet âge de l'être humain, si fragile et si propice à la dépressivité et au doute existentiel. Cette adolescence encline aux conduites agies, somatiques ou transgressives révèle le mal-être et la difficulté à trouver sa place. Entre les deux, la prise de toxique représente le moyen idéal de se mettre à distance ou de mettre l'autre à distance.

Il prône que la prévention si elle se veut efficace, ne doit pas se cantonner à une approche-produit et aux jugements de valeur culpabilisants ou répressifs mais doit tenir compte de l'affectivité et de la relation humaine. Il faut accorder toute son attention au jeune, présent à lui, à son vécu, à ses représentations, prendre la distance nécessaire avec son savoir et ses techniques, pour être surtout disponible à ses difficultés et à sa parole en un mot être empathique au sens de Rogers. Car « les adolescents reprochent souvent aux adultes de ne pas les écouter, de ne pas entendre

⁴⁸ LE REST, (P.), Les jeunes, les drogues et leurs représentations, L'Harmattan, Paris, 2000, 188 p.

leur souffrance ». Pascal LE REST rend compte d'une manière détaillée de ses diverses interventions au sein des établissements où il a été invité.

Pour les élèves de 6ème, dans le cadre d'une action anti-tabac, les représentations qu'ils se font de l'usage du tabac sont particulièrement dévalorisées. Pour eux, les jeunes fument « pour faire comme les grands ». « Ils sont déjà conscients de l'effet mimétique dans les procédures initiatives qui prévalent à l'usage de tabac ». Le fait de fumer ne renvoie à aucun critère positif. Il n'y a aucune évocation de la détente, du plaisir et du goût.

Pour des élèves de 5ème dans le cadre d'une intervention sur les drogues, il y a une nette différence dans la formulation des représentations par rapport aux élèves de 6ème. Ils sont moins catégoriques sur les produits et « *posent des questions qui révèlent parfois leur inquiétude quant à leur désir d'usage, leur usage ou l'usage de leurs parents, leurs amis.* »

P. LE REST souligne bien, comme nous le pensons nous-mêmes que « *contrairement à une idée répandue, les adolescents ... sont sensibles aux effets néfastes des toxiques et les problèmes de dépendance, de maladies consécutives aux prises de produits ou de mort sont très présents dans leur discours.* » Plus loin, il est confronté à ce qui peut troubler au départ l'acteur de prévention à savoir se trouver face à des jeunes qui consomment. Il met en avant la difficulté qu'il y a à constater l'opposition entre deux groupes et de ne pas se trouver entre deux feux. L'acteur de prévention ne doit pas être celui qui définit le bien du mal mais doit proposer une proue identificatoire aux adolescents qui en sont avides. Ainsi souligne-t-il l'importance de ne pas être dans la tartufferie : par exemple, ne pas faire de la prévention du tabagisme si l'on est soi-même fumeur.

Dans une autre intervention auprès de classe de 5ème, dans le cadre d'un échange qui se veut « libre », il note « *... je me rends bien compte que lorsque les adolescents osent poser des questions c'est pour avoir des confirmations sur leurs doutes, leurs craintes ou dans l'espoir de voir infirmer leur inquiétude....Mais d'une façon générale, il suffit d'être trop directif ou trop moralisateur pour qu'ils adoptent une attitude défensive et opposée à la demande d'informations....La difficulté d'intervenir en prévention est là : il faut pouvoir entendre les problèmes et les inquiétudes des adolescents dans un premier temps,*

respecter leurs représentations, avant de produire dans un second temps quelque discours que ce soit. »

Il insiste également sur l'importance de l'analyse de la demande des jeunes dans ce type d'intervention en insistant sur le fait qu'il est important de rendre les jeunes acteurs plutôt que de les laisser dans la passivité. Il montre bien également que l'évaluation des actions entreprises n'est pas chose facile et conclut sur ce que nous appelons nous mêmes des questions qui fâchent : *« Qui a besoin des interventions, les adolescents ou les encadrants ? A qui les produits font-ils peur ? Qui tente de se rassurer ? Qui les usages de produits culpabilisent-ils ? »*

Dans une classe de 4ème, il évoque une stratégie d'intervention sur le cannabis dans un collège à distance d'une « histoire » d'intervention et de cession. Il développe une stratégie impliquant les adultes qu'ils soient enseignants ou professeurs avant l'intervention auprès des adolescents. Il note : *« Les élèves étaient attentifs, demandeurs... mais se révélaient dans l'incapacité de produire des représentations, des discours sur la drogue. » Par contre, « ils avaient beaucoup de questions sur le cannabis et l'alcool. Ils voulaient connaître les dangers des produits, la toxicité pour la santé... »*

Dans ces classes de 4ème, le cannabis est considéré le plus souvent comme une drogue douce comme le tabac. Certains citaient même le Rapport Roques qui disait que le cannabis est moins nocif que le tabac comme ils l'avaient entendu à la télévision. *« La télévision est un vecteur puissant de mythes...Le « On » qui dit à la télévision n'a pas de nom et commet des informations qui sont tronquées et renforcent des représentations culturelles que les adolescents produisent. » ... « Ils tenaient énormément à la différenciation entre le cannabis et les drogues dures » ... « Quand ils parlaient du cannabis, les adolescents en faveur de la légalisation insistaient sur l'aspect festif, récréatif »*

On note l'expression aussi bien d'idées telles que : *« Les parents ne nous aiment pas », « Ils ne nous écoutent pas », « La drogue est une illusion », « Se droguer n'arrange rien », « C'est un moyen de se faire de l'argent facilement », « C'est une forme de suicide », « C'est un passage obligé ».*

Si l'alcool n'est jamais cité comme une drogue, le cannabis est le produit qui suscite le plus d'interrogations. Et il met en avant quelque chose qui devrait interroger plus souvent les politiques : *« ... si les gendarmes n'interpellaient pas l'usager*

de cannabis, c'est que l'usage en était autorisé.» De même que « ce qui peut-être était le moins admis chez les jeunes était le fait que la justice puisse être rendue de façon différente selon les lieux et qu'à tel endroit l'usager pouvait être jugé alors qu'à tel autre, il n'y avait aucune procédure. »

Nous ne pouvons que renchérir sur cette observation à travers notre expérience propre. Lors de nos interventions, les étudiants dans le cadre de l'enseignement ou les adultes dans le cadre de réunions de prévention sont tout autant ignorants et étonnés.

En classe de 3ème, comme en 4ème, il est bien rare que l'alcool soit cité comme une drogue. Pour le cannabis, les discours sont différents que l'on ait essayé ou pas. On voit bien également « ... ce qui le retient, c'est le danger des produits mais que paradoxalement ce danger n'empêche pas la pratique des produits. » En mettant en avant ce paradoxe, il pointe un élément essentiel et incontournable de la psychopathologie de l'adolescent. Le paradoxe autour de la prise de risque, c'est qu'on ne peut nier le danger des produits ce qui pourrait inciter à la consommation et que trop insister sur les dangers peut produire des réactions négatives par rapport à la prévention. Il faut donc permettre à l'adolescent de trouver lui-même ses propres limites. Il peut se poser ainsi la question : « Si nous connaissons les dangers des produits, pourquoi en prenons nous ? » qui demeure également une question centrale en matière de prévention.

Enfin, un des intérêts des actions de prévention auprès de cette classe d'âge est de susciter les interrogations qui vont mettre à jour les paradoxes multiples que nous avons évoqués. Ce que P. LE REST note sous la forme : « Il me semble que lorsque les adolescents parlent, ils disent dans un premier temps ce qu'il serait bien de faire et dans un second temps ce qu'ils font. Le décalage dans les discours tenus tient aussi au fait que la relation au produit n'a jamais été pensée auparavant. Cet impensable, c'est un des objectifs de la prévention que de le rendre pensable. Favoriser l'expression des représentations chez les jeunes est un moyen de parvenir à mettre en évidence une contradiction qui crée par là même l'espace nécessaire pour penser la relation entretenue avec le produit. »

L'intérêt pour nous de citer ces passages est de montrer l'évolution des représentations sur les débuts de l'adolescence, la nécessaire adaptation du discours et la connaissance de la psychopathologie. Nous aurons bien entendu l'occasion d'y revenir pour étayer des propos à venir.

B. Etude de 159 adolescents consommateurs

Pour H. CHABROL et al⁴⁹, le but de cette enquête était d'évaluer les relations entre la fréquence et les modes de consommation du cannabis, les représentations concernant le cannabis et la dépendance, dans un échantillon d'adolescents. Les auteurs soulignent que les études concernant la dépendance au cannabis sont rares en France même si le sujet commence à être étudié. De même, ils soulignent et cela constitue un des intérêts de l'article pour nous que « *Les représentations du cannabis chez l'adolescent ne semblent pas avoir fait l'objet d'études empiriques publiées alors que l'approche cognitive a souligné l'importance de ces représentations dans la dépendance aux substances psychoactives.* »⁵⁰

Les auteurs ont fait l'hypothèse que la dépendance au cannabis était plus fréquente chez les usagers réguliers et en particulier chez les utilisateurs du « bang ». Ils ont également fait l'hypothèse que les représentations du cannabis permettraient de distinguer les consommateurs et les sujets dépendants.

La méthode utilisée fut une enquête par questionnaires, réalisée en 2001, auprès d'un échantillon de 285 lycéens (163 garçons, 122 filles ; âge moyen = 17,5 ± 1,1 ans). Ont été évalués la consommation de cannabis, les symptômes de dépendance avec un questionnaire dérivé de la version française du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), et les représentations concernant le cannabis avec le questionnaire de croyances pour toxicomanies de TISON et

⁴⁹ CHABROL, (H.), MASSOT, (E.), MONTOVANY, (A.), CHOUICHA, (K.), ARMITAGE, (J.), « Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance : étude de 159 adolescents consommateurs », Archives de Pédiatrie 2002 ; 9 (8) : 780-8.

⁵⁰ LECRUBIER, (Y.), SHEEHAN, (D. V.), WEILER, (E.) et al., "The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI", European Psychiatry, 1997, 12, 224-31.

P. HAUTEKEETE⁵¹. Ce questionnaire a été élaboré à partir de l'hypothèse de A. BECK et al⁵² qui lie la consommation de substances psychoactives à trois types de croyances :

- Des représentations anticipatoires reflétant les attentes de plaisir liées à la drogue.
- Des attentes de soulagement d'un malaise psychologique.
- Des représentations permissives reflétant la représentation de la drogue comme dénuée de risques et de danger.

Le mot « drogue » a été remplacé par « haschich » dans le questionnaire. Il comprend 30 items, dix pour chacune des trois catégories de représentations.

- Anticipatoires (A). Exemple : Pour passer un moment agréable, on peut fumer du haschich.
- Soulagement (S). Exemple : Le haschich fait baisser l'anxiété et permet de se relaxer.
- Permissives (P). Exemple : Ce n'est pas dangereux de fumer du haschich.

Le questionnaire permet de calculer un score pour chacune des trois catégories de représentations. Le coefficient α de Cronbach (0,87) a montré une consistance élevée dans l'échantillon.

⁵¹ TISON (P.), HAUTEKEETE (M.), « Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes », Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1998, 2, 43-9.

⁵² BECK, (A.), WRIGHT, (F.), NEWMAN, (C.), Cognitive Therapy of Substance Abuse; New York: Guilford Press (1993).

C. Résultats

La fréquence des sujets ayant reconnu avoir consommé du cannabis pendant les 12 derniers mois était de 65,4 % pour les garçons et de 42,6 % pour les filles. Parmi eux, 53,6 % des garçons et 39,3 % des filles étaient des consommateurs réguliers, 10,6 % des garçons et 7,8 % des filles prenant du cannabis tous les jours. Près de la moitié des consommateurs utilisaient d'autres moyens que le « joint », en particulier la pipe à eau ou « bang » (34,5 % des garçons et 26,4 % des filles). Parmi les consommateurs, près de 33 % des garçons et des filles répondaient aux critères de dépendance au cannabis. Le diagnostic de dépendance était plus fréquent en cas d'usage d'autres moyens de consommation que le « joint », s'élevant à 51 % des usagers du « bang ».

« Cette étude confirme la fréquence de la dépendance au cannabis.... Ces résultats contrastent avec l'opinion habituelle selon laquelle le cannabis n'induit pas de dépendance et rejoignent les constatations récentes d'études réalisées chez l'adolescent ou l'adulte jeune... ». (CHABROL déjà cité)

Comme nous l'avons noté, la méconnaissance de ce risque de dépendance peut inciter à penser que l'on peut consommer sans risque. Cette notion doit être présente dans toute action de prévention. De même comme l'a écrit P. LE REST précédemment, les auteurs soulignent ici : « *Identifier le cannabis à une drogue ne protège pas les adolescents de la consommation.* »

Les attentes de plaisir lié à la consommation de cannabis, les attentes de soulagement d'un malaise psychologique et les représentations permissives reflétant la représentation de la drogue comme dénuée de risque et de danger étaient plus élevées chez les consommateurs et, parmi eux, chez les sujets dépendants.

Deux analyses de régression multiple ont montré que ces représentations étaient les plus forts prédicteurs de la consommation et de la dépendance au cannabis. Les prédicteurs de la consommation étaient les attentes de plaisir, les représentations permissives, le sexe masculin et l'âge. Les prédicteurs de la dépendance étaient les attentes de soulagement, la fréquence de consommation et les modes de consommation autres que le « joint ».

Cette étude nous paraît refléter les constatations d'acteurs de terrain sur la consommation de cannabis chez les lycéens. La fréquence de la consommation, l'usage d'autres modes de consommation que le « joint » et la dépendance y sont des éléments clés. La consommation et la dépendance sont liées aux représentations concernant le cannabis, ce qui suggère qu'elles pourraient être une cible pour la prévention et le traitement.

Ce que ne contredit pas l'analyse de l'article suivant.

D. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis/ un enjeu pour la prévention.

L'article⁵³ présente un des travaux du Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université de Provence, portant sur les conceptions et usages associés aux substances psychoactives⁵⁴. La présente étude avait pour objectif d'explorer le champ des représentations liées à l'objet «drogue», en fonction de l'âge des individus.

La drogue est un objet social par excellence tant elle fait intervenir des systèmes de régulations sociales et normatives. La redéfinition permanente des dangers attribuées aux substances psychoactives rend pertinent de s'intéresser aux représentations sociales que la population élabore sur ce sujet. En effet, les représentations, que l'on peut assimiler à des « formes de pensées de sens commun », permettent la construction de connaissances plus ou moins élaborées qui s'opposent bien souvent à celles de l'expert ou du scientifique⁵⁵. Étudier les représentations sociales de la drogue permet d'explorer les perceptions et images véhiculées, par les individus, vis-à-vis de celle-ci, et de mettre à jour les mécanismes qui régissent les catégorisations (en termes de danger et d'interdit) qui lui sont associées. Les usages de drogues sont des pratiques sociales, régulées par des déterminants sociaux tels que

⁵³ DANY, (L.), APOSTOLIDIS, (T.), « L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis/ un enjeu pour la prévention », Santé publique, 2002, volume 14, n° 4, pp 335-344.

⁵⁴ APOSTOLIDIS, (T.), EISENLOHR, (S.), « Le rapport aux drogues chez des jeunes en situations de précarité à Marseille : enjeux pour la prévention. », Faire savoir, 1, 51-60. (2002).

⁵⁵ GUIMELLI, (C.), La pensée sociale. Paris : Presses Universitaires de France, 1999.

l'âge. A travers cette recherche, qui se veut exploratoire, les auteurs ont exploré l'impact de l'appartenance sociale (via l'âge) sur ces phénomènes représentatifs⁵⁶.

Cette étude a été réalisée, à partir d'entretiens de recherche, auprès de 50 personnes : 25 personnes de 18-25 ans (13 hommes et 12 femmes) et 25 personnes de 45-65 ans (13 femmes et 12 hommes) sur la commune d'Aix-en-Provence. Dans un premier temps, les auteurs proposent une analyse thématique pour appréhender les "logiques" à travers lesquelles les individus s'approprient cet objet.

La représentation de la drogue renvoie à un univers anxiogène pour les personnes les plus âgées. La drogue renvoie à l'image d'un "fléau", comparée par analogie à une maladie qui se transmet d'individu à individu. La désagrégation du lien social et les signes physiques de sa consommation (renvoyant un contenu stigmatisant) sont perçus comme les symptômes de cette maladie.

Les propos spontanés des plus jeunes se distinguent de ceux de leurs aînés. Les jeunes parlent des drogues quand ils parlent de la drogue et font des distinctions. Ces distinctions le sont sur la base de la dangerosité associée aux différentes substances (drogues douces / drogues dures) mais aussi sur leur aspect légal (substances licites / illicites). Les propos des personnes les plus âgées sont émaillés de références aux "faits divers", les événements relatés sont ceux lus dans la presse, ou que d'autres personnes ont porté à leur connaissance.

Ces récits mettent en scène la violence qui trouve son origine dans une double perspective, incluant la recherche d'argent et la perte de contrôle liée à la consommation de drogue. Cette violence s'exprime sous diverses formes, allant du vol au meurtre. Pour les plus âgés, l'agression et/ou le meurtre parental représente le dernier niveau d'avilissement du drogué. Cette remise en cause "ultime" de la parentalité revêt une importance symbolique forte pour ces personnes qui sont, dans leur grande majorité, parents voire grands-parents.

Pour les jeunes interrogés, les "savoirs" sur les drogues s'élaborent à travers leur environnement social, qu'il s'agisse d'expériences individuelles

⁵⁶ DANY, (L.), « L'effet « génération » dans les représentations sociales de la drogue » in *Priorités Santé*, n° 6, 2003, pp 14-15.

(expérimentations et consommations personnelles de substances) ou collectives (consommations de personnes proches, visibilité sociale de la consommation) tandis que pour les personnes plus âgées ce sont les médias (journaux télévisés, presse écrite, mais aussi films de fiction) qui sont cités comme source d'information sur les drogues et leurs contextes d'usages .

Si le contact avec la cocaïne et l'héroïne reste marginal pour l'ensemble des personnes interrogées (tous âges confondus), on peut noter que la proximité aux autres substances est différente en fonction de l'âge des interviewés, notamment en ce qui concerne les substances illicites. La consommation de celles-ci (principalement cannabis et ecstasy) est davantage "visible" aux plus jeunes, justifiant à posteriori une certaine forme de banalisation des usages. Cette proximité constitue un fonds dans lequel les individus vont puiser pour élaborer leurs propos sur la drogue et négocier les dangers attribués aux différentes substances. "La drogue c'est surtout les jeunes", ce type de propos est récurrent chez les personnes les plus âgées. Pour ces personnes "les jeunes" constituent une catégorie homogène, un "groupe uniforme".

L'association entre jeunesse et drogue permet de souligner le rôle important accordé au cadre légal des substances dans la représentation que les personnes âgées ont de la drogue. Les drogues étant, pour ces personnes, préférentiellement définies à travers un contexte législatif. Ainsi, si une drogue est de préférence une substance illicite et que les jeunes consomment davantage ce type de substance, peuvent-ils être catégorisés comme "drogués". Ceci permet d'exclure en partie la consommation des substances légales du monde de la drogue (phénomène que nous avons vu également chez les jeunes de LE REST).

« Les plus jeunes quant à eux n'associent pas la consommation de drogue(s) à un groupe social en particulier, en effet, ils privilégient un discours qui met en avant la relation de l'individu face à la substance. Dès lors, ce n'est plus l'idée d'un "groupe à risques" qui prédomine, comme chez les plus âgés, mais celle d'un individu et de son histoire personnelle. »

Dans un deuxième temps, les auteurs mettent en évidence les représentations qui permettent de différencier les deux groupes de l'échantillon (les plus jeunes et les plus âgés).

Le cannabis apparaît être le marqueur principal de la différence entre générations. En effet, la consommation de cannabis et/ou les contacts réguliers avec des consommateurs concernent quasi exclusivement les personnes les plus jeunes. Pour eux, cette substance est perçue comme peu dangereuse mais illégale. Elle cristallise l'opposition entre les différents types de catégorisation, qu'ils soient basés sur la dangerosité ou l'aspect légal des substances. Cette opposition renvoie en écho à celle opérée entre cannabis et alcool, ce dernier étant jugé comme davantage nocif tout en étant légal. (Les deux dimensions sont le plus souvent associées afin de souligner les incongruités de la situation, voir là aussi LE REST).

Les plus jeunes ne font pas dans le prosélytisme mais plutôt dans le « pragmatisme ». La dangerosité doit être le critère de toute catégorisation plutôt qu'une classification héritée culturellement qui ne prend pas en compte les effets des substances « ... *les lois ne reflètent pas vraiment la réalité...* » (Idem LE REST)

Les plus âgés assimilent le cannabis à une drogue qui même si sa moindre dangerosité est soulignée, n'en reste pas moins une entrée vers d'autres drogues plus dures (Théorie de l'escalade). Cette théorie de l'escalade est absente chez les plus jeunes. L'intérêt de ces études est de mettre en évidence les mécanismes d'appropriation des discours préventifs par les individus dont il faut tenir compte.

Chez les plus âgés, les caractéristiques endogènes de la substance lui confèrent son statut de drogue alors que pour les plus jeunes, le statut de drogue d'une substance renvoie constamment au rapport que l'individu va entretenir avec elle. Ce statut repose sur l'expérience personnelle des individus.

Cette opposition est très classique renvoyant d'une part chez les plus âgés à ce que l'on a appelé l'approche « produit » contre d'autre part, ce qui a été mis en œuvre pendant plusieurs années par N. MAESTRACCI à la tête de le MILDT sous la forme d'une approche par comportement d'usage (usage occasionnel, abus, dépendance) appuyée sur les rapports PARQUET et ROQUES.

Cette opposition correspond également à deux types de discours préventifs sur la drogue. Les premiers messages des campagnes de prévention mettaient en scène la drogue comme un "mal personnifié" seul responsable des toxicomanies : "La drogue c'est de la merde" ; "La drogue, parlons-en avant qu'elle ne lui parle".

Les discours préventifs plus récents ont privilégié le rapport aux substances comme base de réflexion sur la drogue, l'objet autonome devenant de fait le produit d'une relation particulière entre une substance et un individu : "La dépendance, ça commence quand ?"; "Et vous, vous en êtes où avec l'alcool ?" On verra plus loin que les messages ont encore évolué vis-à-vis du cannabis lors de la campagne de 2005 : « Le cannabis est une réalité »

Les auteurs s'interrogent en conclusion sur l'opportunité de mettre en parallèle l'appropriation des discours de prévention avec un effet générationnel. Cependant, ils soulignent « *qu'il convient de ne pas omettre dans cette réflexion le rôle essentiel joué par les interactions que les individus développent avec les différentes substances, ce que nous nommerons la distance à l'objet...* » et de citer JC. ABRIC⁵⁷ : « *un groupe impliqué dans une relation effective avec un objet, privilégie dans la construction représentationnelle des éléments descriptifs et pragmatiques, contrairement au groupe "éloigné" de l'objet qui privilégie des éléments évaluatifs renvoyant de fait à une représentation plus "idéologique" de l'objet.* »

Les auteurs soulignent également que les représentations élaborées vis-à-vis de la drogue renvoient à des composantes différentes de la réalité sociale, qu'il s'agisse de l'appartenance sociale des individus (âge) ou de la proximité aux substances (pratiques comprises), chacune participe au caractère polysémique de l'objet drogue.

Ces représentations influencent pour une part importante le sens qui va être donné aux messages préventifs diffusés qui sous peine de ne pas être perçus voire d'être rejetés doivent prendre en compte la pluralité des systèmes de représentations préexistants.

Ce texte permet de faire un pas de plus dans le dénombrement des représentations sociales des drogues et en particulier du cannabis.

Nous allons maintenant nous intéresser à deux expériences étrangères à la France.

⁵⁷ ABRIC, (J. C.), « L'approche structurale des représentations sociales : développements récents », *Psychologie et Société*, 4, 81-103, 2001.

E. Les organisateurs du rapport aux drogues chez les jeunes Italiens

Cette recherche⁵⁸ est citée dans l'ouvrage de J.-M. SECA sur les Représentations Sociales⁵⁹. Elle a été réalisée par Marcella RAVENNA de l'Université de Ravenne (spécialiste de la toxicomanie en Italie) et Nicoletta CAVAZZA de l'Université de Bologne.

Les représentations de trois types de psychotropes y sont étudiées : ecstasy, haschich et cocaïne. Ces drogues sont actuellement les plus accessibles et les plus consommées aussi bien par les jeunes italiens que par les jeunes français.

Le but des chercheurs est d'explorer la façon dont un groupe de jeunes de 15 à 25 ans se représente ces substances et les fonctions qu'elles remplissent au moment du passage de l'adolescent à l'âge adulte. Ils se fixent deux objectifs :

1. La détermination et la comparaison des éléments du champ de référence commun aux différentes substances.
2. L'articulation de ce champ avec les attitudes à l'égard de la consommation de drogues, les activités de loisir à risque et l'implication dans des expériences critiques.

Le système de représentations de ces trois drogues est composé des opinions des sujets sur les motivations de la consommation, le consommateur lui-même, les circonstances dans lesquelles on les expérimente et les effets ressentis.

L'enquête a été réalisée sur la base d'un long questionnaire auto-administré soumis à 805 sujets, provenant de lycées et d'universités du Nord de l'Italie. Il a le même contenu pour tous les sujets interrogés mais est ciblé soit sur la représentation sociale (RS) de l'ecstasy soit sur celle de la cocaïne soit du haschich.

Sur les caractéristiques des consommateurs, l'analyse en composante principale a fait émerger trois caractéristiques principales représentant 45,6 % de la

⁵⁸ RAVENNA, (M.), CAVAZZA, (C.), « Ecstasy, cocaïne et haschich dans les représentations des jeunes et des adolescents », Vème Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, UQAM / CIRADE, LEPS- MSH (30 août au 2 septembre 2000).

⁵⁹ SECA, (J.-M.), Les représentations sociales, Coursus, Armand Colin, VUEF, Paris, 2002, 192 p.

variance à partir de 22 paires d'adjectifs bipolaires. Ce qui revient le plus est d'abord la notion de dépression /solitude puis d'impulsivité puis d'individualisme. Ces critères appliqués à chacune des drogues étudiées en tant que variables dépendantes montrent que l'attribution d'impulsivité domine chaque représentation du consommateur de drogues avec plus de consistance pour l'ecstasy et la cocaïne que pour le haschich. Les réactions face à un consommateur de psychotropes se révèlent globalement plus négatives que positives.

Sur les opinions sur les motivations de la prise apparaissent quatre dimensions représentant 41,4 % de la variance.

- Le premier facteur fait référence à l' « envie d'expérimenter et de connaître » (16,1 %).
- Le deuxième renvoie à la « plus grande facilité de contact » (10 %)
- Le troisième rassemble des données évoquant une « amélioration des prestations personnelles » (8,2 %)
- Le quatrième se rapporte aux « dispositions négatives des consommateurs » (7,1 %)

La prise d'ecstasy est associée à la plus grande facilité d'établir des contacts, ce qui est moindre pour les autres substances. Il n'y a rien sur cet item qui discrimine le haschich par rapport aux deux autres substances.

Sur les circonstances de consommation, ses conséquences et la perception des risques, le haschich sort du lot et apparaît comme la substance que l'on consomme plus que les autres « dans des contextes conviviaux ». Ceci est confirmé pour la représentation des conséquences. Les risques perçus pour un usage occasionnel et régulier de haschich sont inférieurs à ceux mentionnés pour l'ecstasy et la cocaïne.

Par la suite, les auteurs ont effectué une analyse discriminante afin de confirmer les résultats précédents. La plus grande facilité, l'expérimentation comme motifs de prise associée au motif de prise sont fortement associées au haschich. Pour les émotions positives, la cocaïne et le haschich obtiennent des résultats favorables.

La qualification du consommateur en terme de dépression/ solitude et d'impulsivité disparaît de manière significative avec l'implication plus grande des sujets dans les conduites d'addiction.

En ce qui concerne les émotions provoquées par la vue d'un consommateur, les réactions négatives sont plus fréquentes chez les filles, chez ceux qui ont une attitude dépréciative face à la drogue et chez ceux qui ne sont pas du tout ou peu attirés par les loisirs à risque. Ces jugements stigmatisants diminuent significativement lorsque l'implication dans la consommation augmente.

Enfin, si on s'intéresse aux motifs de la consommation, on remarque que l'expérimentation mais aussi les attributs personnels négatifs sont le plus souvent cités par les filles tandis que la plus grande facilité relationnelle et plus particulièrement la performance sont mentionnées par les garçons.

L'intérêt de ce travail outre les méthodes statistiques qu'il emploie est de pointer certaines caractéristiques concernant le haschich et les autres produits ainsi que des représentations et des attributions filles /garçons différentes.

Intéressons nous maintenant à une enquête Nord-américaine concernant le même sujet.

F. The Montana Parent Norms Survey « Not My Little Angel »

Nous présentons maintenant le résumé des résultats de cette enquête⁶⁰ sur les perceptions et les conduites d'une cohorte de parents du Montana (USA) par rapport l'usage de produits chez les adolescents. Il s'agit d'une enquête en 2000 sous l'égide de plusieurs institutions concernées par la prise en charge des adolescents (santé, prévention, éducation, justice, etc.). Elle a été conçue et développée dans le cadre d'un programme visant à réduire la consommation de drogue chez les adolescents et les jeunes adultes. Il s'agit d'une contribution originale pour repérer les perceptions

⁶⁰ The Montana Parent Norms Survey, « Not My Little Angel » Summary findings from a survey of Montana Parenting Behaviors and Perceptions Associated with Teen Substance Abuse, July 2000, consultable en ligne sur www.mostofus.org

fausses associées aux attentes ou aux habitudes des parents afin de renforcer les bonnes attitudes protectrices.

C'était la première fois selon les promoteurs de ce travail qu'une enquête se penchait sur la recension des attentes, des attitudes et des actions des parents d'adolescent dans une population. Elle a révélé qu'en regard de certaines conduites, les parents ont tendance à croire que leurs adolescents ne sont pas représentatifs des adolescents typiques du Montana d'où le sous-titre « Pas mon petit ange ! ».

787 foyers ont été sélectionnés au hasard à travers l'état du Montana ont participé à l'enquête. Chaque participant a répondu à 54 questions au sujet des relations avec leur adolescent âgé de douze à dix-sept ans. Le contenu de certaines questions s'intéressait aux règles familiales et à la connaissance des parents sur la consommation d'alcool, de tabac et de haschisch de leur adolescent. Les parents étaient aussi interrogés sur l'influence qu'ils avaient sur les choix de leurs adolescents. D'autres questions concernaient la façon dont les adolescents faisaient leur travail scolaire et ce qu'ils faisaient quand ils n'étaient pas à la maison. En plus des questions concernant leur propre attitude de parents, on a demandé aux enquêtés de penser à définir l'attitude du parent typique du Montana.

Le but était de construire et de comparer deux modèles :

1. Le premier était celui basé sur les normes présentées par les parents enquêtés et leurs propres conduites.
2. Le deuxième modèle était la perception de la norme parentale basée sur ce qui était à leurs yeux le parent typique du Montana.

L'expression « norme sociale actuelle » est utilisée pour décrire comment la majorité des parents rapportait les conduites et les interactions qu'ils ont avec leurs adolescents. « La norme sociale perçue » est la façon dont les parents pensent que la majorité des parents typiques se conduisent et interagissent avec leur adolescent.

Invariablement, les enquêtés pensaient qu'ils étaient plus impliqués et informés au sujet de leurs adolescents que la « norme sociale perçue » qu'ils avaient à l'esprit au sujet du parent du Montana typique. La réalité est que les parents se

pensent plus impliqués avec les conduites de leurs adolescents qu'ils ne le sont en réalité par rapport au parent typique du Montana. Cette enquête montre que la « norme sociale actuelle » est plus conservatrice que la « norme sociale perçue. »

Ces deux modèles ont été étendus aux connaissances et perceptions des enquêtés concernant les conduites de leurs adolescents. Certaines des questions de l'enquête concernaient la conduite des propres adolescents des enquêtés et d'autres questions concernaient les perceptions que les enquêtés avaient sur la conduite de l'adolescent typique du Montana. Une fois de plus, les conduites rapportées par les parents sur leurs adolescents étaient plus conservatrices que la « norme sociale perçue » pour les adolescents typiques.

Des recherches futures sont prévues pour examiner les relations entre les résultats de cette enquête et les conduites effectives des adolescents du Montana.

Aucun adolescent n'a été interrogé dans cette enquête.

Les parents du Montana expriment des préoccupations très fortes concernant la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana de leur adolescent. Ils affirment aussi qu'ils ont des relations de confiance solides avec leurs enfants et qu'ils en savent beaucoup au sujet de leur conduite. Les familles du Montana disent avoir des règles claires de fonctionnement familial et presque tous les parents ont des heures limites de sortie précises pour leurs adolescents. Néanmoins, sans exception, quand on les interrogeait sur les familles typiques du Montana, les enquêtés percevaient que les parents typiques élevaient leurs enfants de façon plus laxiste qu'eux-mêmes. Les parents enquêtés pensaient aussi que l'adolescent typique était plus susceptible que leurs enfants de consommer du tabac, de l'alcool et de la marijuana.

Concernant les résultats, il y a une très grande disparité dans la façon dont les parents se voient agir et comment ils perçoivent la façon dont les autres parents élèvent leurs enfants. Les parents enquêtés se voient eux-mêmes comme étant plus impliqués avec leurs adolescents qu'ils ne perçoivent les parents typiques.

Prenons quelques exemples parmi les résultats. Les parents enquêtés pensaient à 58 % qu'ils ont une grande influence sur les décisions de leurs adolescents quant à la consommation de tabac, d'alcool ou de marijuana. A contrario, ils estiment que les parents typiques ne sont que 19 % à avoir cette influence.

Les parents enquêtés quand on leur demande si leurs adolescents discutent de leurs problèmes importants avec eux sont 21 % à répondre que les adolescents le font systématiquement alors qu'ils pensent qu'il n'y a que 1 % des parents typiques qui le font.

Concernant l'usage des drogues et la consommation d'alcool, les parents enquêtés déclarent à 75 % qu'ils ont abordé ce problème avec leurs adolescents alors qu'ils pensent que les parents typiques ne sont que 42 % à le faire.

D'autre part, d'autres résultats de l'enquête montrent que les parents seraient extrêmement préoccupés par la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana de leurs propres enfants. C'est en tout cas ce qu'ils déclarent à 90 %.

Quant à la responsabilité attribuée au déclenchement de la consommation chez l'adolescent, ils pensent en moyenne que les parents en sont responsables dans 16 % des cas, que ce sont plutôt les amis et l'entourage dans 40 % des cas et que seulement 25 % des adolescents sont eux-mêmes responsables du début de leur consommation. Les parents enquêtés pensent qu'en moyenne 40 % de tous les adolescents du Montana ont essayé de fumer de la marijuana.

À propos de la communication entre parents et enfants, les parents enquêtés pensent qu'il est plus facile de parler avec leur fille à 17 % alors qu'ils ne sont que 9 % à le penser pour les garçons. Néanmoins, la très grande majorité (74 %) pense qu'il n'y a pas de différence entre les deux.

En conclusion, il y a une grande disparité entre la façon dont les parents se conduisent et la perception qu'ils ont de la conduite des autres parents. En d'autres mots, il y a une différence entre la « norme sociale actuelle » des parents (ce que les parents font communément) et la « norme sociale perçue » des parents typiques (ce qu'ils pensent que les parents typiques font). Cette différence de perception devra conduire à définir des conduites pratiques dans la façon dont seront menés les programmes de prévention ultérieurs. Il s'agira de délivrer des messages pertinents susceptibles de modifier les perceptions et par la même les comportements des personnes.

Nous avons souhaité inclure ce document pour montrer à quel point il faut tenir compte des perceptions et des représentations des groupes concernés. Il nous a

été utile dans la compréhension des attitudes paradoxales des acteurs de prévention que nous avons nous-mêmes enquêtés. Les regards que les parents portent sur l'attitude de leurs propres enfants en dit long sur le chemin qui nous reste à parcourir dans les modifications des représentations concernant la drogue en particulier.

Bien que nous y reviendrons dans le chapitre concernant la méthodologie et dans le suivi concernant les résultats, il nous a paru intéressant de nous familiariser avec quelques uns des résultats de l'enquête EROPP 2002 en particulier en ce qui concerne la question du cannabis. Cette enquête demeure la seule à l'heure actuelle en France qui explore les attitudes et les représentations.

G. *Les opinions à l'égard du cannabis (EROPP 2002)*

L'augmentation de consommation depuis dix ans a des conséquences sur la population générale. En effet, l'opinion publique n'est pas insensible à ces modifications et exprime à travers deux enquêtes menées par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en 1999⁶¹ et en 2002⁶² sous l'acronyme EROPP (Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes).

(a) Typologie et évolution des opinions au début des années 2000

L'enquête EROPP 2002 dresse un panorama des opinions de la population française à partir d'un échantillon de la population (2000 personnes de 15 à 75 ans interrogées pendant une vingtaine de minutes sur leurs connaissances en matière de drogues et leurs opinions sur différents sujets allant de la consommation de cannabis à la substitution en passant par les effets des politiques publiques).

⁶¹ BECK, (F.), PERETTI-WATEL, (P.), EROPP 1999 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes, OFDT, 2000, 204 p.

⁶² BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), PERETTI-WATEL, (P.), Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques- Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002, Paris, OFDT, 2002, 228 p.

Au sein des commentaires d'EROPP 2002, un chapitre a été consacré au cannabis dont nous donnerons quelques aspects.

Sa consommation voit l'élévation sensible de la prévalence de son usage au cours de la vie depuis le début des années 1990 (elle est passée de 19,6 % en 1999 à 23,2 % en 2002, $p < 0,001$). Cependant, la population n'est toujours pas prête à l'autorisation d'en consommer sous condition (34 % des personnes interrogées y sont favorables, en 1999 comme en 2002).

La proposition de mise en vente libre reçoit plus de réponses favorables en 2002 qu'en 1999 (23,9 % contre 17,1 %).

La comparaison des réponses à chacune des questions d'opinions concernant le cannabis dans EROPP 1999 et EROPP 2002 a permis de mettre en évidence certaines évolutions des représentations de ce produit dans la population même si cela ne permet pas d'opérer une cartographie des principaux courants d'opinion dans leur ensemble.

Les individus qui ont répondu de manière similaire aux différentes questions ont été regroupés et au sein de chaque profil d'opinion obtenu, les individus interrogés lors des deux exercices d'EROPP ont été différenciés.

Les questions communes aux deux enquêtes sont les suivantes : le seuil au-delà duquel il est dangereux de consommer du cannabis, l'opinion sur la vente libre (légalisation), la perception de l'interdiction de la consommation comme une atteinte à la liberté individuelle et enfin l'opinion sur la thèse de l'escalade.

Au final, sept profils d'opinion ont été distingués :

- La première classe regroupe 34,1 % de l'échantillon. Ces personnes sont un peu plus souvent des femmes (58 % contre 52 % en moyenne), plutôt âgées : elles ont 47 ans en moyenne (contre 42 dans l'ensemble de l'échantillon). Ces individus sont un peu plus souvent sans diplôme ou diplômés du certificat d'études (28 % contre 18 %), et appartiennent plus souvent à un ménage dont la personne de référence est un ouvrier (34 % contre 23 %). À peine 5 % d'entre eux ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (contre 22 %) et ils condamnent sans nuance le cannabis en choisissant presque toujours

d'exprimer leurs opinions par des modalités extrêmes. Ainsi, près des neuf dixièmes pensent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation ou sont tout à fait d'accord avec la thèse de l'escalade. Sur le plan politique, près des neuf dixièmes se prononcent tout à fait contre sa mise en vente libre, tandis que six sur dix estiment que l'interdiction actuelle d'en consommer n'est pas du tout une atteinte à la liberté individuelle. Malgré leur hostilité déclarée au cannabis, ces personnes se montrent tout de même favorables aux mesures de soin ou de réduction des risques proposées, bien que moins souvent que la moyenne de la population. Ces personnes, qui représentent l'opinion majoritaire, manifestent donc un rejet radical.

- La deuxième classe regroupe 24,2 % de l'échantillon, un peu plus souvent des femmes (58 % contre 52 %), âgées de 42 ans en moyenne. Ces individus ne se distinguent pas clairement de la moyenne par leur niveau de diplôme ou l'activité du chef de ménage dont ils sont issus. Ils sont presque deux fois moins nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (10 % contre 22 %). Une large majorité pense que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation, et si tous sont plutôt d'accord avec la thèse de l'escalade, leur opinion à ce sujet est toujours modérée. Sur le plan politique, ils se montrent plus réticents que la moyenne vis-à-vis de la légalisation comme de l'idée selon laquelle l'interdiction de consommer du cannabis serait une entrave à la liberté individuelle. Par rapport aux personnes qui rejettent radicalement le cannabis cependant, leur opinion est moins souvent radicale. Malgré cela, ces personnes sont moins favorables aux mesures de soin et de réduction des risques que les membres de la classe précédente, en particulier à l'égard de la prescription de cannabis à certains grands malades. Ces personnes manifestent donc une condamnation franche du cannabis.
- La troisième classe regroupe 11,8 % de l'échantillon, à peine plus souvent des hommes (52 % contre 48 %), âgés de 39 ans en moyenne. Ces individus se distinguent mal de la moyenne par leur niveau d'étude ou l'activité professionnelle du chef de ménage dont ils sont issus. Ils sont un peu moins nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie

(18 % contre 22 %), mais leur dernière expérience est souvent ancienne : ils sont presque trois fois moins nombreux que la moyenne à en avoir fumé au cours de l'année (3 % contre 8 %). Pour eux, le cannabis est dangereux dès qu'on en fume de temps en temps, et conduit plutôt à consommer par la suite, des produits plus dangereux. Ces individus rejettent massivement la légalisation du cannabis, et jugent que l'interdiction d'en consommer n'est pas une atteinte à la liberté individuelle. Toutefois, sur ces questions politiques, leurs avis sont plus souvent des rejets modérés que des rejets tranchés. Ces individus expriment également un assentiment moyen aux mesures de soin interrogées : ils sont en particulier un peu plus souvent défavorables à la prescription de cannabis à certains grands malades. Ils manifestent donc une condamnation modérée du cannabis.

- La quatrième classe regroupe 2,2 % de l'échantillon, plus souvent des hommes (68 % contre 48 %), âgés (49 ans en moyenne). Comme précédemment, les caractéristiques sociales de ces individus sont très proches de la moyenne. Ces personnes sont aussi nombreuses que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis (22 %), mais manifestent des opinions plutôt favorables, quoique peu tranchées, à son égard. Ce qui les distingue est le fait qu'elles ont souvent refusé de répondre : ainsi, aucune ne s'est prononcée sur la dangerosité du cannabis. Néanmoins, ces individus n'y sont pas particulièrement hostiles : ils rejettent plus souvent que la moyenne la thèse de l'escalade (peut-être parce qu'ils auraient voulu préciser leur réponse et que, selon eux, la dangerosité ne se juge pas seulement à la fréquence d'usage), et acceptent plus souvent la proposition de mise en vente libre ou l'idée que l'interdiction de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle. Ces personnes se montrent plus souvent que la moyenne tout à fait d'accord avec la prescription de cannabis à certains malades. Elles manifestent donc un relatif détachement vis-à-vis du cannabis, tout en lui étant plutôt favorable.
- La cinquième classe regroupe 2 % de l'échantillon, en grande majorité des femmes (63 % contre 52 %), plutôt âgées (55 ans en moyenne). Ces individus sont peu diplômés (23 % contre 11 % ne possèdent que le certificat d'études)

et sont deux fois moins nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (10 %). Ils expriment des positions peu tranchées et refusent tous de se prononcer sur la thèse de l'escalade. Ces personnes sont donc non concernées par le cannabis (et sans doute par le reste de l'enquête).

- La sixième classe regroupe 26,7 % de l'échantillon, en grande majorité des jeunes hommes (59 % d'hommes, 35 ans en moyenne). Ces personnes ont un niveau d'étude élevé : 36 % (contre 27 %) possèdent au moins un diplôme équivalent à bac + 2 ; de même elles sont plutôt issues de ménages de cadres ou de professions intellectuelles supérieures (28 % contre 23 %). Ces individus sont 2,5 fois plus nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (53 % contre 22 %) et trois fois plus nombreux au cours de l'année (22 % contre 8 %). Ils n'occultent pas la dangerosité du cannabis, même s'ils la situent à un niveau de consommation élevée : les neuf dixièmes jugent qu'une consommation quotidienne est dangereuse. Leur rejet de la thèse de l'escalade est quasi unanime, mais si leurs positions politiques en faveur du cannabis sont souvent claires, elles sont rarement radicales. Ainsi, une courte majorité juge que l'interdiction actuelle de fumer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle, et souhaiterait sa légalisation. Ces individus sont très favorables à la prescription de produits de substitution aux usagers dépendants ou de cannabis à certains grands malades. Ils sont donc favorables et modérés vis-à-vis du cannabis, dans la mesure où ils n'en occultent pas totalement la dangerosité.
- La septième classe regroupe 4,1 % de l'échantillon, en grande majorité des jeunes hommes (70 % d'hommes, 31 ans en moyenne). Ces individus se distinguent par un très haut niveau d'étude : 28 % (contre 16 %) ont un diplôme de niveau bac + 3. Ils sont trois fois plus nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (77 % contre 22 %) et six fois plus nombreux au cours de l'année (47 % contre 8 %). Ces consommateurs expriment des opinions très radicales en faveur du cannabis. Ainsi, tous pensent que le cannabis n'est jamais dangereux, et les sept dixièmes jugent que sa consommation ne mène pas du tout à celle de produits

plus dangereux. Sur le plan politique, un tiers juge que l'interdiction d'en consommer est tout à fait une atteinte à la liberté individuelle, et les quatre dixièmes sont très favorables à sa légalisation. Une très large majorité approuve tout à fait les mesures de prescription de produits de substitution ou de cannabis à certains grands malades. Au final, ces individus nient la dangerosité du cannabis et sont très radicalement en faveur de sa légalisation.

En 1999 et 2002, les personnes interrogées dans EROPP expriment des opinions assez proches à l'égard du cannabis.

L'évolution la plus importante concerne la classe des « favorables modérés » qui regroupe 21,7 % des personnes interrogées. Cette classe est la seule à être davantage composée de personnes interrogées en 2002, ce qui tend à montrer le développement de ce courant d'opinion au cours de ces trois dernières années. Les mêmes hypothèses que précédemment pourraient permettre d'interpréter ce changement. Ainsi, au sein de cette classe, les enquêtés de 2002 sont plus nombreux que ceux de 1999 à avoir fumé du cannabis au cours de l'année (24 % contre 19 %).

Il existe donc des modulations nettes dans les modes d'acceptation et de refus du cannabis, tant sur le plan de sa dangerosité, des croyances sur le fait que sa consommation conduirait à celle de drogues plus dures, que de son statut légal.

Les clivages d'opinions recourent clairement certaines grandes oppositions classiques, dans les enquêtes sur les usages de produits psychoactifs, entre les sexes et les générations : les hommes, plus consommateurs que les femmes, sont plus tolérants voire plus favorables au cannabis ; les personnes plus âgées sont moins consommatrices, moins tolérantes et le jugent plus dangereux. Celles-ci se doublent d'oppositions en termes de diplômes, de catégories d'activités professionnelles et, dans une moindre mesure, de type d'habitat : les personnes plus diplômées ou occupant des postes des catégories socioprofessionnelles supérieures (cadres et professions intellectuelles supérieures), ont tendance à se montrer plus favorables au cannabis, et inversement, c'est parmi les habitants des grandes agglomérations urbaines et surtout de l'agglomération parisienne que les proportions de personnes favorables au cannabis sont les plus élevées.

Sans surprise, les opinions favorables à la consommation sous condition comme la vente libre du cannabis sont fréquentes parmi les usagers : elles expriment sans doute tout à la fois un désir de normalisation de leur situation comme une certaine rationalisation de leurs usages.

Ces résultats illustrent en grande partie la diffusion relativement différenciée du cannabis dans les couches de la société, en particulier du point de vue de l'âge...Ce sont en effet les individus qui sont socialement favorisés qui prônent les mesures les plus libérales concernant le statut légal du cannabis et de sa consommation ; ce sont également eux qui rapprochent ces mesures du respect de la liberté individuelle d'un désir d'indépendance qui va de pair avec la responsabilité individuelle et l'autonomie. Ces personnes sont sans doute à même de pouvoir exercer cette liberté : elles ont probablement les moyens d'être responsables et autonomes vis-à-vis de leur consommation de substances psychoactives. Mais ne faut-il pas déceler un effet du niveau d'éducation et de la position sociale qui, justement, donnent les moyens d'exercer cette liberté et d'être responsable ? Dans une certaine mesure, ce désir témoignerait donc d'une ignorance des autres et de leurs conditions de vie. La typologie permet donc ici de retrouver une opposition qui est au cœur de nombreuses réflexions en santé publique.

La prise en compte de ces données nous servira d'éléments de comparaison avec les données recueillies lors de notre propre travail de recherche.

(b) Estimation de la « banalisation » du cannabis

En fin de questionnaire d'EROPP 2002, les enquêtés étaient invités à donner une estimation du nombre de personnes qui, aujourd'hui, en France, ont déjà fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. Les enquêtés ont donc très majoritairement préféré répondre en indiquant une proportion (74,6 % d'entre eux).

La tâche n'était pas si facile et nous y reviendrons dans notre enquête, conforté en cela par un travail préliminaire que nous avons effectué en 2004. L'énoncé quelque peu vague de la question a entraîné des réponses « farfelues » et aussi souvent de s commentaires : « ainsi un enquêté répond d'abord 80 %, puis se rend compte que le dénominateur de sa proportion inclut des populations très peu

concernées, ce qui l'amène à baisser son estimation initiale : d'abord à 70 %, « à cause des personnes âgées », puis à 60 %, « à cause des enfants ».

Parmi les enquêtés qui ont indiqué une proportion, 29 % situent le niveau de prévalence de l'expérimentation du cannabis à 20 % ou moins, 27 % le situent entre 21 et 40 %, et 19 % entre 41 et 50 % (décile modal). Un quart des enquêtés concernés donne une proportion supérieure à 50 %.

Pour résumer ces réponses, on se contentera par la suite de trois catégories : les enquêtés qui situent la prévalence de l'expérimentation du cannabis à 20 % ou moins (soit 29 % des enquêtés concernés), ceux qui la situent entre 21 et 50 % (soit 46 %), enfin ceux qui la placent au-delà (25 %).

Ces proportions peuvent être comparées aux chiffres produits et médiatisés ces dernières années : paru début 2000, le livret *Savoir plus, risquer moins* mentionnait une proportion de presque un tiers d'expérimentateurs parmi les 18-44 ans (Baromètre Santé 1995), tandis que les chiffres publiés en 2002 faisaient état de 20 % pour les 12-75 ans (Baromètre Santé 2000), et de près de 50 % à 17-18 ans (ESCAPAD 2000).

De façon générale, les estimations des enquêtés semblent plutôt au-dessus de ces chiffres : si l'on retient comme base de référence le chiffre d'environ 20 % d'expérimentateurs en « population adulte », il apparaît que parmi ceux qui ont proposé une proportion, sept enquêtés sur dix se situent au-delà de ce seuil.

Parmi les enquêtés qui indiquent une proportion, les femmes donnent des estimations plus élevées que les hommes : parmi les premières, 24 % évaluent la prévalence de l'expérimentation du cannabis à 20 % ou moins (contre 33 % des hommes), et 28 % à plus de 50 % (contre 21 % des hommes).

L'estimation de cette prévalence décroît aussi avec l'âge : entre 15 et 25 ans, près de la moitié des enquêtés qui se sont prononcés donnent une proportion supérieure à 50 %, contre à peine un sur dix parmi les 50-75 ans. Ce dernier résultat s'explique peut-être en partie par le fait que chaque tranche d'âge centrerait sur elle-même sa représentation de la population française : au moment de répondre à cette question sur l'expérimentation du cannabis, les 50-75 ans et les 15-25 ans n'ont sans doute pas la même population de référence en tête.

Cette estimation n'est pas non plus indépendante de l'expérimentation du cannabis : parmi les enquêtés qui ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, 40 % évaluent la prévalence de l'expérimentation à plus de 50 %, contre seulement 19 % dans le reste de l'échantillon.

(c) Dangerosité des produits

Le produit jugé le plus dangereux par les Français reste l'héroïne, l'ecstasy et la cocaïne arrivant loin derrière, suivies par l'alcool et le tabac.

Le cannabis arrive en dernière position, seules 2,0 % des personnes interrogées jugeant qu'il est le produit le plus dangereux, cette proportion étant en baisse depuis 1999 (elle atteignait 3,4 %).

La proportion de personnes jugeant que le cannabis n'est pas dangereux dès la première prise, mais seulement à partir d'une consommation quotidienne, a augmenté (32,9 % contre 28,1 %). Toutefois, la moitié de la population continue à juger que son expérimentation est déjà dangereuse (51,3 % en 1999 contre 50,8 % en 2002). Le cannabis est ainsi jugé un peu moins dangereux par la frange de la population qui lui était déjà la moins hostile, mais globalement, la perception de la dangerosité de ce produit reste inchangée.

L'opinion selon laquelle la consommation de cannabis conduirait à consommer par la suite des produits plus dangereux (ou « thèse de l'escalade »), est partagée par les deux tiers de la population, résultat identique à celui de 1999.

Cependant, il est à noter que la part des personnes tout à fait d'accord avec cette idée a diminué, passant de 39,4 % à 36,1 %.

Autrement dit, le cannabis voit son image s'améliorer à la marge, tant du point de vue de sa dangerosité propre que du risque de passer à un usage de substances plus dangereuses. Il jouit d'un statut à part, tant face aux autres substances illicites, jugées plus dangereuses, que face aux substances licites (alcool, tabac), jugées plus addictives.

La perception de la dangerosité du cannabis varie beaucoup avec l'âge : 30 % des 15-17 ans pensent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation, cette proportion s'élevant ensuite avec l'âge pour atteindre 65 % chez les 65-75 ans.

La taille de l'agglomération de résidence a également une certaine importance : plus de 55 % des enquêtés résidant dans des agglomérations de moins de 100 000 habitants jugent que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye, contre 47 % des enquêtés des agglomérations de plus de 100 000 habitants et 42 % de ceux de l'agglomération parisienne.

De même, les chiffres varient selon la PCS du chef de ménage : si la moitié des commerçants, employés ou ouvriers, juge que le cannabis est dangereux dès la première prise, ce n'est le cas que d'un gros tiers des cadres (37 %).

Enfin, cette perception de la dangerosité est évidemment fortement marquée par l'expérimentation du cannabis : ses expérimentateurs sont quatre fois moins nombreux à juger que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye (61,5 % contre 15,2 %, $p < 0,001$). À l'inverse, ils sont beaucoup plus nombreux à juger que le cannabis est dangereux dès la consommation quotidienne (62,1 % contre 23,6 %, $p < 0,001$) ou même qu'il n'est jamais dangereux (9,4 % contre 0,8 %, $p < 0,001$). S'il existe une différence entre les sexes, elle est essentiellement le fait des personnes qui n'ont jamais fumé de cannabis au cours de leur vie : parmi elles, 67 % des femmes jugent que l'expérimentation de cannabis constitue déjà un danger, contre 55 % des hommes.

L'expérimentation discrimine donc les opinions sur la dangerosité perçue du cannabis, et rapproche les opinions des hommes et des femmes sur la question. Ce sont les cadres et les professions intermédiaires qui déclarent le moins souvent que le seuil de dangerosité du cannabis est l'expérimentation ; cette différence peut être en partie imputée à une prévalence plus élevée de l'expérimentation de cannabis dans ces catégories qu'en milieu rural ou parmi les ouvriers : l'expérimentation du cannabis concerne 40 % des cadres et 35 % des professions intermédiaires, contre 27 % des employés, 25 % des agriculteurs ou commerçants et moins de 20 % des ouvriers et des inactifs.

L'analyse des réponses à cette question concernant la dangerosité du cannabis illustre la diffusion différenciée du cannabis dans la population, plus importante en milieu urbain et chez les jeunes qu'en milieu rural et chez les personnes plus âgées. Juger que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye reste fortement lié au degré de familiarité que l'on entretient avec lui : en avoir consommé au cours de sa vie ou des 12 derniers mois gomme complètement la différence entre les sexes ou entre les âges (ce produit illicite est le seul dans ce cas). Il faut également remarquer que le diplôme n'a plus aucune influence sur cette opinion.

On peut citer enfin afin de tenter d'être le plus complet trois ouvrages qui abordent notre sujet de façon plus ou moins directe. On y trouve le meilleur et le pire. Le meilleur est certainement le livre « Faut-il avoir peur du haschich ? »⁶³ dont le sous-titre exprime bien nos préoccupations « Entre diabolisation et banalisation : les vrais dangers pour les jeunes ». Ouvrage de sociologues et d'un médecin de Santé Publique, conseiller technique de Recteur, il fait un tour d'horizon honnête du phénomène.

Il n'en va pas de même pour l'ouvrage polémique de S. PERSEIL⁶⁴ (qui se présente comme journaliste indépendant) dans une collection intitulée « Enquête sur le pouvoir politique en France » et encore moins pour l'ouvrage de MC. D'WELLES⁶⁵ « Et si on parlait du haschich » qui reprend uniquement des témoignages d'adolescents fumeurs (authentiques ou écrits, fabriqués). Mme D'WELLES est une conférencière souvent citée par le site Web « Drogue, l'autre débat ». Ce site véhicule des idées assez extrémistes mêlant des documents authentiques souvent tronqués ou déformés, des propos sortis de leur contexte et réducteurs à des prises de position de personnages présentés comme importants dans le domaine des drogues et qui sont souvent des chercheurs fondamentalistes qui n'ont jamais vu de patients.

⁶³ AQUATIAS, (S.), MAILLARD, (I.), ZORMAN, (M.), Faut-il avoir peur du haschich ? Entre diabolisation et banalisation, les vrais dangers pour les jeunes, Editions SYROS, 1999, 226 p.

⁶⁴ PERSEIL, (S.), Politique, mœurs et cannabis : rétablir le droit ?, Le Médiateur, Presse Politique Indépendante, 2003, 208 p.

⁶⁵ D'WELLES, (M.-C.), Et si on parlait du haschich. Des jeunes témoignent. Urgence, ils ont des choses à nous dire, Marabout, 2002, 128 p.

Tous ces éléments nous permettent cependant d'avoir un certain nombre de repères sur les représentations, opinions et perceptions qui seront autant d'éléments de comparaison pour les résultats de notre enquête.

4. Contexte scientifique :

A. *Le concept d'addiction*

(a) Du retour de l'histoire ancienne.

« Le terme d'addiction est un vieux vocable français trouvant son étymologie dans le terme latin *ad-dicere* : « dire à » au sens de donner, d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage, si bien que l'esclave était *ad dictus*, « dit à » tel maître...⁶⁶ »

« Addico, comme verbe, signifie adjuger la personne au débiteur créancier.

Addiction, comme substantif, indique le penchant ou l'attachement d'une personne à quelque chose. Addicté comme adjectif se réfère à une personne encline à une pratique ou de conduites bien définies.

Dans l'ancienne République Romaine, un « addictum » (addicté) était un esclave pour dette. L'addicté apparaît comme celui qui volontairement et fatalement est destitué et ramené à une condition inférieure et, comme celui qui a perdu son identité et qui a pris une identité mal appropriée, parce que c'était l'unique moyen possible pour payer sa dette...

Ainsi, l'addiction désignait, en droit romain ancien, la contrainte par corps de celui, qui ne pouvant s'acquitter de sa dette, était mis à la disposition du plaignant par le juge. Celui qui n'était pas parvenu à gérer convenablement ses propres obligations, se voyait condamné à payer, avec son corps et par son comportement, le manque de pertinence de ses systèmes de pensées et d'actions.»

Ce terme d'addiction semble remplacer à la fois les termes de toxicomanie, assuétude, dépendance ou encore penchant, manie mais aussi accoutumance, contrainte, habitude. Il n'est pas très clair car on peut difficilement préciser si la contrainte s'exerce par le sujet sur le corps ou si un objet extérieur par son manque vient contraindre le sujet et/ou le corps. Ce qui fait l'originalité (et la difficulté

⁶⁶ FERNANDEZ, (L.), SZTULMAN, (H.), Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 155(4), 1997, 255-265

d'appréhension) des conduites addictives est qu'elles recouvrent de nombreux secteurs qui dépassent la pathologie concernant l'abus de substances ou les pratiques abusives d'une activité pour renvoyer également selon JL. PÉDINIELLI⁶⁷ à « l'esclavage », « l'aliénation », « l'emprise », « le penchant », « la passion », ... Elles suggèrent une idée de « don de soi », de jouissance, d'ardeur, mais aussi de crispation, de centration et d'enfermement du sujet autour d'un être ou d'une chose. On peut penser que ce terme renvoie à ce qu'O. FÉNICHEL⁶⁸ appelait les « Toxicomanies sans drogue ». Il entendait sous le terme d'addiction « *regrouper diverses conduites impulsives pathologiques et signifier l'urgence du besoin de les satisfaire, ainsi que l'incapacité finale de toute tentative de parvenir à la satisfaction.* »

Nous allons tenter de démêler les fils de cet écheveau.

(b) Une histoire plus récente

Le terme d'addiction est réutilisé en France depuis une trentaine d'années. Par contre, il semble n'avoir jamais été oublié chez les anglo-saxons. En effet, M. Mc CORMICK⁶⁹ trouve déjà ce texte à la fin du XVIIIe et au début du XIXe siècle dans les romans populaires anglais et l'article de HG. LEVINE⁷⁰ sur "la découverte de l'addiction" décrit la nouvelle apparition de ce terme comme associée avec le mouvement naissant encourageant la tempérance aux Etats-Unis. Il concerne uniquement l'alcool à cette époque. Dans l'ère postindustrielle, une société concernée en général par la question de la maîtrise personnelle, le concept d'addiction a émergé comme une "maladie de la volonté"⁷¹, où les désirs, conceptuellement séparés de cette dernière, l'avaient défaits. Dans le contexte des mouvements de tempérance, qui sont concentrés sur des engagements d'abstinence,

⁶⁷ PÉDINIELLI, (J. L.), Clinique des conduites addictives, *Psychologie Médicale*, 17/12, 1985, 1837-1839.

⁶⁸ FÉNICHEL, (O.), *La théorie psychanalytique des névroses*. Presses Universitaires de France, Paris, 1945.

⁶⁹ McCORMICK, (M.), First representations of the gamma alcoholic in the English novel, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1969, 30:957-980.

⁷⁰ LEVINE, (H.G.), The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 1978 39 : 143-174.

⁷¹ VALVERDE, (M.), *Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.

le concept d'addiction a offert une explication de la récurrence, de la rechute alcoolique en dépit d'un engagement solennel devant ses « frères » mais le plus souvent devant Dieu.

A partir de 1900, le concept d'addiction fut appliqué à d'autres substances psychoactives. Dans son ouvrage de 1902 sur les usages de drogue et leur traitement, T. CROTHERS ⁷² emploie le terme "addiction" pour décrire l'ivresse de cocaïne, chloral, éther, et chloroforme. Il ajoute cela : *"L'illusion que ces malheureux ont la pleine possession de leur volonté de s'abstenir ou de continuer est rapidement dépassé. Nous sommes maintenant capables de reconnaître dans ces maladies bien définies des cas qui évoluent progressivement vers la mort ou la guérison "*

B. Addiction et traités internationaux

Ce terme d'addiction a connu également des fortunes diverses au gré des traités internationaux⁷³ dont certains s'attachent à réglementer, réguler le commerce des substances illicites. La convention de la Haye en 1912 faisant suite à la conférence de Shanghai sur l'opium de 1909 ne laisse pas apparaître le terme d'addiction mais cite simplement l'abus pour ce qui concerne différentes drogues et d'habitude qu'il conviendrait de réduire.

Le terme d'habitude disparaîtra lors de la convention unique sur les drogues de 1961 et sera remplacé alors par le terme d'addiction et encore dans un seul article faisant référence aux « Drug addicts ». Un commentaire sur cette convention élaboré par un groupe technique notera que les produits seront identifiés par deux critères : leur degré de responsabilité dans l'abus (ce que l'on appellera plus tard le pouvoir addictogène) et leur risque pour la santé publique et le bien-être social. La révision de cette convention en 1972 verra le terme remplacé par celui d' « abuseurs de drogues ».

⁷² CROTHERS, (T.D.), *The Drug Habits and Their Treatment*. Chicago: E.P. Engelhard & Co, 1902.

⁷³ ROOM, (R.), *Trends and issues in the international drug control system – Vienna 2003*. Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift 20 : 240-254.

Une commission de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1971 entérinera le terme de dépendance aux drogues pour remplacer ce terme dans les traités et les conventions internationales.

Ce petit voyage dans les traités extrait de l'article de ROOM⁷⁴ nous montre bien l'ambiguïté du terme pas seulement au niveau médical. Dépendance aux drogues ou addiction : que choisir ?

C. *Des traités aux classifications internationales*

Nous ne sommes pas beaucoup mieux lotis en ce qui concerne les classifications internationales faisant références aux problèmes causés par la consommation de substances psychoactives.

Pour ce qui nous concerne (le cannabis) en nous référant aux grands systèmes nosographiques internationaux actuels (DSM IV-TR⁷⁵ de l'American Psychiatric Association et CIM-10⁷⁶, Classification Internationale des Maladies de L'Organisation Mondiale de la Santé), le terme d'addiction n'apparaît pas et des termes correspondants aux pratiques addictives sont éclatés en diverses rubriques.

On retrouve dans le DSM IV-TR les deux notions d'abus et de dépendance :

(a) L'abus selon l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV-TR) :

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

⁷⁴ ROOM (R.), Trends and issues in the international drug control system – Vienna 2003. Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift 20:240-254. ROURA, (C.), CHABROL, (H.), Symptômes de tolérance, de sevrage et de dépendance au cannabis chez l'adolescent consommateur, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 52 (2004), 11-16.

⁷⁵ American Psychiatric Association - DSM-IV-TR., Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, texte révisé. 2000, Washington DC. Traduction française par JD Guelfi et al. Masson, Paris, 2003, 1120 p.

⁷⁶ Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Sur le site : www.who.int/fr/).

1 – Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 – Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 – Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 – Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

(b) La dépendance selon l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV-TR) :

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2. comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
- la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3. substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé

4. désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;

5. temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;

6. importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;

7. poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

- Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;
- Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

Dans le DSM-IV-TR, l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie (dont l'usage de cannabis) font partie des troubles liés à l'utilisation de substances. L'anorexie et la boulimie sont situées dans les troubles de l'alimentation, et le jeu pathologique appartient aux troubles du contrôle des impulsions.

Les autres comportements (kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie), qui appartiennent aussi aux troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs, sont très rarement considérés comme des addictions alors que les caractéristiques de ces troubles sont très proches de celles des addictions (impossibilité de résister à l'impulsion d'accomplir un acte dommageable pour soi ou pour autrui, sensation de tension ou d'excitation croissante avant la réalisation, sentiment de plaisir ou de gratification au moment de l'acte). JL. PÉDINIELLI⁷⁷ pense que « *l'absence de dépendance physiologique (attestée par un syndrome de sevrage) peut expliquer cette position, mais plus que les critères sémiologiques, ce sont sans doute des positions psychopathologiques qui président à l'oubli de ces troubles* ».

⁷⁷ PÉDINIELLI, (J. L.), ROUAN, (G.), BRETAGNE, (P.), Psychopathologie des addictions. Presses Universitaires de France, Paris, 1996.

Le critère sevrage « physique » semble donc être celui qui fait basculer l'addiction « banale » du côté de la dépendance.

Intéressons nous maintenant aux définitions données par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des trois termes que sont l'usage, l'utilisation nocive et la dépendance dans la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition (CIM-10) (1992)

Selon la définition de l'OMS, « *l'usage est une consommation de substance psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des effets nocifs sur les autres* ». Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière.

Les causes les plus fréquentes de l'usage de drogues sont les suivantes :

1. *À titre ludique, par curiosité ou transgression* : c'est la cause la plus fréquente de la consommation de drogues, particulièrement celle qui génère les premiers essais de consommation. Il s'agit souvent de « faire comme les autres », marquer son appartenance au groupe, à titre de convivialité, pour vaincre ses inhibitions et se libérer des contraintes sociales. À l'adolescence, il s'agit de transgresser les normes du monde des adultes et faire sa propre expérience.
2. *Pour améliorer ses performances* : ceci est vrai surtout dans le cas de l'utilisation des stimulants, soit pour améliorer ses performances sportives (dopage), soit dans les soirées, pour « se défoncer » et rester éveillé toute une nuit.
3. *À titre d'automédication* : vaincre un mal-être ou une angoisse qui peut avoir des multiples origines : situation familiale, scolaire ou professionnelle ressenties comme difficile, problème psychique sous-jacent (trouble de l'humeur, trouble anxieux, psychoses).

La plupart des individus concernés restent à l'usage occasionnel et cessent rapidement leur consommation ou en font un usage épisodique jusqu'à avoir atteint leur maturité psychique et sociale (parfois tardivement) et ils s'arrêtent. Cela ne veut

pas dire que cette consommation est anodine, et doit être toujours prise en considération.

(c) Utilisation nocive pour la santé (CIM 10)

C'est le mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable à la santé ; les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

(d) La dépendance dans la CIM 10 (1992) :

Cette classification est plus simple, mais de ce fait elle a le mérite d'être plus facilement utilisable.

Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

1-désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;

2-difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;

3-syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

4-mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;

5-abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets ;

6-poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Selon L. GIBIER⁷⁸, cette définition a plusieurs mérites. Elle met l'accent sur la dépendance psychique (la drogue produit un sentiment de satisfaction par une impulsion psychique qui exige une administration périodique ou continue de celle-ci pour produire un plaisir ou pour éviter un état dépressif) plus que sur la dépendance physique (c'est l'état d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intense quand l'administration est suspendue). Ce qui implique qu'après une cure de sevrage, qui règle une partie des problèmes physiques, le toxicomane est toujours toxicomane. Elle rappelle ainsi que l'une des raisons majeures de la prise de drogue est la recherche d'un effet positif, ce qui implique qu'il peut exister une première phase de consommation sans demande d'arrêt. Elle précise la notion de tolérance (processus d'adaptation d'un organisme à une substance qui se traduit par affaiblissement progressif des effets de celle-ci, d'où la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir les mêmes effets). Tous les produits ne provoquent pas de tolérance mais, quand elle existe pour un produit, elle existe également pour la famille pharmacologique de ce produit : c'est la tolérance croisée.

Toujours selon L. GIBIER, *« la définition de la dépendance a été donc un moment clef qui a permis de contourner un écueil sous-jacent au terme de toxicomanie : celui de se polariser sur la drogue trop connotée de notions morales et juridiques. Élargir le concept de « toxikon » à celui de « pharmakon » permet d'essayer d'éviter l'assimilation de phénomènes culturels ou sociologiques à des toxicomanies véritablement pathologiques (...). Ainsi posée, cette définition de l'OMS s'applique aux drogues illégales, aux drogues légales (alcool, tabac), à certains médicaments psychotropes (morphiniques, anxiolytiques...). Ce qui conduit à une implication capitale : il existe des usages de produits qui ne correspondent pas à cette définition, des usages sans pharmacodépendance... La définition de la dépendance a permis également de contourner un autre écueil : celui de mettre exclusivement l'accent sur le comportement du toxicomane, maniaque du toxique, sans chercher à comprendre les raisons qui permettaient à ce comportement de se produire. Elle met le produit dans une place qui n'est plus rigoureusement centrale dans la dépendance... ».*

⁷⁸ GIBIER, (L.), *Prise en charge des usagers des drogues*, éd. E. DOIN. 1999. 321 p.

A. GOODMAN⁷⁹ a pour sa part essayé de palier ses difficultés en nous proposant une nouvelle direction. En effet, il ne fait pas de différence entre dépendance psychique et dépendance physique.

(e) Critères de l'addiction de GOODMAN

A : Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.

B : Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.

C : Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement.

D : Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.

E : Au moins 5 des items suivants :

1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.
2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.
3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.
4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des occupations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.
7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.
8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.
9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

F : Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

⁷⁹ GOODMAN, (A.), Addiction, Definition and Implications, British Journal of Addiction, 1990, 85, 1403-1408.

On peut trouver résumé dans le tableau⁸⁰ suivant les différentes options pour démembrer les addictions. Il est intéressant de noter un certain consensus dans la notion de dépendance qui ne se retrouve pas cependant dans les notions d'abus et d'usage nocif.

Tableau 7, Comparaison des différentes conceptions des addictions

Les addictions, selon les données cliniques, les classifications officielles, et les critères de Goodman	Trouble du contrôle des impulsions (DSM, CIM)	Addictions cliniquement identifiées	Critères de Goodman
- Dépendance à une substance - Abus, usage nocif	+ +	+ -	+ -
- Anorexie mentale - Boulimie	- -	+ +	? +
- Paraphilies (perversions sexuelles)	+	-	
- Kleptomanie - Jeu pathologique - Pyromanie - Trichotillomanie	+ + + +	+ / - + - -	+ + + / - -
- Tabagisme - Sexualité compulsive - Tentatives de suicide - Achats compulsifs - Conduite de risque - Efforts intensifs - Workaholics (bourreaux de travail)	- ? ? ? ? ?	+ + + + +	+ / - + / - + / - + / - + / -

D'après M. M. Jacquet et A. Rigaud, 2000

Qu'en est-il dans notre pays, car si les études cliniques nécessitent souvent l'utilisation des classifications internationales, il n'en est pas de même dans la pratique quotidienne et il est assez intéressant de voir comment nous avons tenté d'éclaircir cette situation complexe.

⁸⁰ JACQUET, (M.M.), RIGAUD, (A), Émergence de la notion d'addiction. In : LE POULICHET (dir.) : Les addictions, Paris, PUF, 2000.

D.La France invente sa pratique en matière d'addiction

Des rapports structurants pour nos pratiques sont apparus dans le milieu des années 90. Un premier rapport intéressant est celui produit par la commission HENRION⁸¹, en février 1995, après de nombreuses auditions faites à la fin de l'été 1994. Ce rapport, demandé à l'époque par le gouvernement Balladur, sera traité avec un certain mépris par les pouvoirs publics et connaîtra le sort habituel qu'on donne aux rapports, c'est-à-dire un classement sans suite. En revanche, le rapport du professeur PARQUET⁸², marque un tournant décisif dans la prise en charge des usagers. En effet, suivant ce que pressentaient les cliniciens, il propose de délaisser ce que l'on appelle communément l'approche « produits » au profit d'une approche par comportements d'usage. Il n'est pas inutile de rappeler que ce rapport s'intitule : « Pour une politique de prévention en matière de comportement de consommation de substances psycho actives ». Il annonce ce que chacun constate sur le terrain, en particulier le fait qu'il n'existe pas des drogues licites ou illicites, dures ou douces, mais des substances qui ont une action sur le psychisme des individus. Il définit trois types d'usage :

L'usage habituel, qui pour certains correspondra à l'absence de consommation, pour d'autres à une consommation socialement réglée, pour d'autres encore à une consommation occasionnelle. Cet usage, qui n'entraîne pas de conséquences, ne peut être considéré comme pathologique. Ce sont essentiellement des critères sociaux, médicaux ou légaux qui vont déterminer cet usage. Ainsi existe-t-il en France une consommation socialement acceptée d'alcool, avec ses rites et sa symbolique, même si cet usage n'est plus le même chez les jeunes générations. En revanche, apparaissent de nouvelles perceptions concernant le cannabis, qui n'existaient pas il y a une vingtaine d'années.

⁸¹ HENRION, (R.), Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, La Documentation française, Paris, 1995.

⁸² PARQUET, (P.-J.), Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance, Rapport MILDT, CFES, Vanves, 1998.

L'usage nocif ou abus concerne généralement l'absorption massive d'une grande quantité de produits dans un minimum de temps. Cette notion est un peu difficile à accepter pour soi-même alors qu'on la remarque très bien pour les autres. L'alcool en fournit un bon exemple : on boit toujours avec modération et si l'on a dépassé les trois verres, c'était forcément exceptionnel et parce qu'une bonne occasion se présentait... Ainsi est-il difficile de faire comprendre à des étudiants abuseurs d'alcool dans les fêtes du jeudi soir qu'ils ont un usage nocif de cette substance. Ils ont une représentation sociale de l'alcoolisme qui correspond aux buveurs quotidiens de vin ou de bière, avec son cortège de violence et de misère, ou bien encore à l'alcoolisme mondain des milieux favorisés, à base de whisky et de cognac. Quand ils abusent d'un produit, ils ne ressentent pas durablement les effets délétères de la substance. Ils sont généralement jeunes et en bonne santé, et il faut qu'ils fassent un grand effort intellectuel pour se projeter dans une pathologie due à la consommation qu'ils considèrent occasionnelle. Le problème est que cet « occasionnel » est très fréquent.

C'est pour cette raison que l'on ajoute à la définition de l'usage nocif ou abus de substances la notion de risque social. En effet, la consommation abusive d'alcool semble tolérée dans un cadre privé. Si vous êtes raisonnable, vous ne prendrez pas le volant de votre véhicule après avoir bu. Votre abus d'alcool ne sera repéré que par votre entourage et vous testerez alors leur tolérance à votre comportement. En revanche, si vous sortez dans la rue et que vous agressez le premier passant ou, pire, si vous prenez votre voiture et que vous causez un accident, votre usage nocif sera évident.

La dépendance, enfin, est ce qui se repère le mieux. C'est la représentation traditionnelle de « l'alcoolique », de « l'héroïnomanie », du « drogué ». Quelque soit la substance, la dépendance se caractérise par un sujet dont toute la vie s'organise autour de la recherche et de l'absorption de produits psychoactifs. On pense souvent qu'il est plus facile de soigner des abuseurs (qui boivent rarement mais beaucoup en une seule fois) que des dépendants, or la clinique nous apprend le contraire. En effet, les abuseurs ne se reconnaissent pas malades – à leurs yeux, seul le fait de boire tous les jours est jugé comme étant un signe de gravité – alors que les dépendants ne peuvent quant à eux faire autrement que de reconnaître la gravité de leur état. D'autre

part, il existe davantage de moyens pour soigner les dépendants que les abuseurs. La « tolérance sociale » fait le reste : le vieil alcoolique est sympathique tant qu'il n'embête pas son monde ; le toxicomane peut bien faire la quête tant qu'il n'est pas agressif ; l'adolescent passant son temps dans sa chambre à fumer du cannabis ne gêne personne et ne met pas sa santé en danger, sauf bien sûr quand cela vous touche personnellement.

E. Vers une notion actuelle de l'addiction

On pourrait ainsi définir la notion actuelle d'addiction, qui regroupe à la fois l'usage nocif et la dépendance, comme étant « l'impossibilité permanente de contrôler un comportement de consommation de substances en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives⁸³ ».

Que recouvre cette définition ? Premièrement, que la connaissance de la nocivité d'une substance n'empêche pas les individus d'en prendre. Les incantations du type « la drogue, c'est mal » sont totalement inutiles. Deuxièmement, que la notion de perte de contrôle renvoie à des connaissances du fonctionnement du système nerveux central. En effet – c'est le rapport ROQUES qui nous l'apprendra en 1998, il existe des drogues plus ou moins dangereuses, plus ou moins addictives et que l'on connaît plus ou moins dans leurs actions au niveau cérébral. Le rapport met en avant trois groupes de substances : le plus toxique comprend l'héroïne, la cocaïne et l'alcool ; le deuxième comprend les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac et l'alcool ; dans le troisième groupe, on retrouve le cannabis. Aucune des drogues n'est inoffensive. Elles sont tous susceptibles d'entraîner des dépendances plus ou moins fortes.

⁸³ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, Usage nocif de substances psychoactives, La documentation Française, Paris, 2002.

F. Quelle place pour le cannabis ? La question de la dépendance et des usages nocifs

On a longtemps cru que l'usage du cannabis ne conduisait pas à la tolérance (augmentation des doses pour obtenir un effet identique) ni à la dépendance et donc n'engendrait pas de syndrome de sevrage. Ce dernier est maintenant bien démontré et nous l'avons documenté dans le premier chapitre de cette partie. Il inclut une agitation, une anxiété, une dysphorie, une irritabilité, de l'insomnie ainsi qu'une anorexie avec tremblements musculaires, inclus dans une augmentation des réflexes et des signes sympathiques, tels que des variations tensionnelles, du pouls, de la transpiration et de la diarrhée. Il apparaît généralement au bout de 10 heures et atteint son maximum à 48 heures. Beaucoup s'y opposent encore même dans la communauté scientifique.

Par contre, nous n'avons pas beaucoup d'argument de consensus autour de l'usage nocif car ceux qui consomment se sentent très longtemps maître de leur consommation et ne se rendent souvent compte que leur consommation pose des problèmes que quand ils se retrouvent isolés (l'entourage, souvent la petite amie, s'est découragé), quand les résultats scolaires deviennent catastrophiques ou quand ils ont à faire avec les forces de l'ordre et la justice. C'est bien là que se trouve l'enjeu social dans la consommation de ce produit.

Alors faut-il parler d'addiction pour le cannabis ?

Oui, si l'on considère qu'il y a tous les critères que l'on a vu dans les classifications scientifiques. Le concept d'addiction évoque généralement les effets désastreux de l'excès. Une conduite addictive peut toutefois se présenter sous le jour d'un simple penchant, « dont le lexique précise qu'il peut d'abord s'agir d'un attachement, d'une inclination positive pour toute activité humaine, avant d'être une fâcheuse propension à nuire à autrui ou à soi-même ». ⁸⁴ On pourrait alors considérer les différentes conduites addictives comme se situant le long d'un continuum, allant du "non-problématique" au "sévèrement problématique". Les diverses addictions se répartiraient ainsi suivant une ligne continue qui irait de "la petite habitude pas trop

⁸⁴ AUTIÉ, (D.) *Le bec dans l'eau Phébus*, Paris, 1997, p154

gênante" au comportement entraînant de graves nuisances sur soi-même et sur autrui. Et la réponse « non » pourrait aussi bien s'appliquer car des consommateurs se reconnaissent à juste titre dans les usages non problématiques.

Comment faire la différence et comment appréhender dans un travail de prévention et d'information les différentes catégories pour éviter le passage de l'usage simple à l'usage nocif et de l'usage nocif à la dépendance.

Chapitre 2 :

La prévention : évolution des modes d'interventions ; de l'interdit aux consultations cannabis.

1. La prévention

Depuis la fin des années 1990, la réponse publique apportée aux problèmes liés à la toxicomanie est fondée sur l'approche « globale ». Celle-ci tient compte essentiellement du comportement des individus plus que du produit consommé. La prévention a été essentiellement généraliste (elle concerne tous les produits indistinctement) et menée surtout en milieu scolaire en consistant rappeler l'interdit légal et à informer des risques sanitaires liés à l'usage des substances. D'autre part, une prévention plus ciblée a été développée dans des quartiers décrits comme défavorisés.

La prévention des usages par l'information s'est concrétisée en France par la publication, en 2000, d'un ouvrage « *Drogues : savoir plus, risquer moins* ». Celui-ci a été diffusé à 5 millions d'exemplaires. En 2000, une campagne plus spécifique avec diffusion de brochures concernant le cannabis associé à une campagne de sensibilisation aux effets de son usage (« le cannabis est une réalité »). Un dispositif d'écoute sociale et des consultations spécialisées ont complété le dispositif.

En 2006, un guide d'intervention en milieu scolaire (qui organise la prévention suivant les niveaux de scolarité et les produits) se focalise sur le cannabis pour les classes de troisième et seconde.

La France a tardé à s'intéresser spécifiquement à l'usage de cannabis. C'est l'augmentation des demandes de traitement, qui atteignaient près d'1/5 des demandes adressées au centre de soins spécialisés en 2003 (contre 11 % 1997) qui a motivé les pouvoirs publics à développer à partir de 2005 des programmes d'intervention brève fondée sur le repérage précoce, le diagnostic de l'usage nocif et des pathologies

éventuellement associées ainsi que les cas de dépendance avérée. Nous y reviendrons ultérieurement. Il semble que ce dispositif ait accueilli un public nouveau qui ne serait pas rendu habituellement dans les consultations spécialisées. Nous allons donc nous intéresser dans un premier temps au dispositif d'écoute et de soutien dans le cadre de la prévention puis au dispositif cannabis spécifique mis en place en 2005 avec ses différents éléments.

A. Principes d'intervention dans la prévention du cannabis

Il n'existe pas de dispositif centralisé qui pourrait nous permettre de dresser un tableau local des actions de prévention. Nous nous intéressons donc aux principes⁸⁵ généraux qui ont présidé aux actions de prévention. La grande loi du 31 décembre 1970 concernant la toxicomanie ne prend pas en compte l'aspect de la prévention. De rares textes et quelques circulaires de l'éducation nationale évoquent cependant ce sujet⁸⁶. Ces dernières années ont vu l'apparition d'un bornage plus précis de ce domaine. Le *Plan gouvernemental⁸⁷ de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004 – 2008* est centré sur la prévention du cannabis laquelle semble au cœur des occupations du gouvernement arrivé aux affaires en 2002.

Deux types d'actions coexistent selon le lieu où elles se déroulent.

La première concerne le cadre scolaire. Beaucoup s'accordent à penser qu'il s'agit du cadre privilégié pour délivrer aux publics les plus jeunes des informations susceptibles d'induire chez eux des comportements favorables leur santé. On peut dire que jusqu'à la fin des années 1990, il n'y avait pas de parole institutionnelle univoque sur les objectifs et les méthodes de prévention. L'abstinence était l'objectif implicite des mesures préventives liées aux drogues illicites. Le but en était de

⁸⁵ MUTATAYI, (C.), DIAZ GOMEZ (C.), La prévention et le dispositif d'écoute et de soutien in Cannabis, données essentielles sous la direction de Jean-Michel Costes, Paris, O. F. D. T., 2007, pp 114 – 122.

⁸⁶ Code de la santé publique (L 1411 – 5 et L 1411 –6), code de l'éducation (L. 541 – 3), loi de santé publique numéro 2004 – 806 du 9 août 2004)

⁸⁷ MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008, Paris, Mildt, 2004, 76 p.

retarder l'usage ou l'abus de drogues en favorisant une approche globale en population générale en faisant le pari que chacun des individus présentait le même risque général face aux problèmes. Le rappel à la loi et l'information sur les risques sanitaires dans un contexte magistral propre agricole en France ont été longtemps des méthodes privilégiées. La seconde de méthodes concerne une prévention plus sélective menée dans les quartiers dits « en difficulté ». Les actions sont confiées à des intervenants en prévention l'issue du secteur associatif. Ceux-ci sont amenés à aller au-devant des personnes confrontées au problème de l'usage de cannabis. Les approches sont plus personnalisées et dépassent la prévention pour être plus actives. Ces approches sont le reflet du plan⁸⁸ gouvernemental adopté en 1999. Ce plan a eu le mérite de clarifier les fondements début de la prévention notamment grâce à l'éclairage du rapport du Professeur Parquet⁸⁹.

Son rapport met en avant qu'une politique qui vise uniquement l'abstinence met de côté des consommateurs qui continuent de consommer malgré les interdits les privant ainsi d'une prise en charge possible. Cette approche n'était plus seulement axée sur le fait de contrer les usages en retardant ou évitant les premières consommations mais privilégie la notion de réduction des risques en travaillant pour éviter le passage à des comportements plus dommageables. Ce plan a introduit une approche dite globale visant à travailler à partir des comportements d'usage, les facteurs de risque de protection plutôt que de se centrer sur les produits. Cette approche qui semblait bien convenir à certains acteurs de terrain a été quelque peu remise en cause par le plan gouvernemental 2004– 2008 qui revient à une approche plus centrée sur les produits. Cette nouvelle approche apparaît plus lisible pour d'autres acteurs.

Nous aurons l'occasion d'y revenir mais il s'agit réellement d'une modification essentielle à la fois dans la compréhension du phénomène addictif et dans la prévention qui en découle. L'approche « produit » a manifestement comme corollaire un aspect permettant plus facilement la communication en direction de la

⁸⁸ MILDT, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, Paris, La Documentation française, coll. « Rapports officiels », 2000, 226 p.

⁸⁹ PARQUET, (P.J.), Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, Vanves, CFES, coll. « Les dossiers techniques », 1997, 107 p.

population et semble mieux se prêter à une évaluation chiffrée (ceci restant toutefois encore à prouver).

Le plan gouvernemental 2004 – 2008 réaffirme les objectifs de prévention mais tient compte « des caractéristiques propres de chaque produit, des déterminants des conduites et des phénomènes culturels et générationnels ». Il existe donc que dans ce plan un programme spécifique concernant cannabis qui vise à modifier la perception des risques en soulignant les implications sur le plan social et psychosocial en mettant en avant les influences néfastes de résultats scolaires, les relations affectives mais également sur la santé. Ce plan met en avant une volonté politique de se centrer sur les drogues plus communément consommées par le public jeune et en particulier de cannabis. Le plan suivant⁹⁰ visant la période 2007 – 2011 s’occupant de prise en charge et de prévention des addictions et qui fut adopté en novembre 2006 par le ministère de la santé propose une prise en charge globale du problème des addictions en général.

Ces différentes tentatives ont néanmoins le mérite d’avoir fait progresser quelques idées auprès des acteurs non spécialisés. On citera l’exemple qui est donné dans le chapitre concernant la « Prévention et les dispositifs d’écoute et de soutien » dans l’ouvrage « Cannabis, données essentielles » déjà cité : il faut mettre en avant « *...l’insuffisance d’une démarche informative si elle n’est accompagnée d’un travail sur les représentations, la pertinence des méthodes interactives, l’inefficacité d’une intervention basée uniquement sur les risques, la pertinence du développement de compétences psychosociales* ».

Ces vœux pieux ne doivent pas faire oublier néanmoins que l’État demeure assez réservé sur les modalités d’intervention et leur financement. En effet, les acteurs concernés ne semblent pas encore être familiers avec la plupart des concepts énoncés. Cependant, les choses avancent puisque un guide d’intervention en milieu scolaire⁹¹ a fait son apparition en 2006.

⁹⁰ La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011, Paris, ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 19 p.

⁹¹ DESCO (Direction de l’enseignement scolaire), MILDT, Prévention des conduites addictives. Guide d’intervention en milieu scolaire, Lyon, CNDP, coll. « Repères », 2005, 84 p.

(a) L'action en milieu scolaire, une volonté de fédérer

Le plan gouvernemental de 2004 – 2008 pose le principe d'un « école qui offre aux élèves à chaque niveau et dans tous les secteurs d'enseignement, avec un taux de couverture et une qualité satisfaisants, une éducation préventive adaptée contre l'alcool, tabac, le cannabis et les drogues de synthèse ». Il renvoie à la circulaire promulguant la mise en place d'un programme quinquennal⁹² de prévention et d'éducation pour la période 2004 2008. Pour concrétiser ses textes, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (M. I. L. D. T.) et le ministère de l'éducation nationale ont lancé un guide d'aide à la mise en œuvre de cette nouvelle programmation de prévention dans l'ensemble des classes du CM2 à la terminale.

Le guide concerne les produits les plus consommés par les jeunes. Il rassemble la plupart des données utiles au dialogue et au choix des approches ou à l'évaluation et propose quatre plans d'intervention. Ils sont chacun dédiés à des niveaux de classe précis et développent plus particulièrement des actions concernant le tabac, l'alcool, le cannabis ou les polyconsommations.

Le programme de troisième et de seconde est plus particulièrement axé sur le cannabis et vise à prévenir son expérimentation ainsi que celle des autres substances psychoactives. Ce plan doit permettre de faire émerger collectivement les représentations des élèves sur les effets, les risques et les raisons à l'origine des consommations, avant de leur prodiguer une information scientifiquement validée. La démarche de prévention doit faire comprendre aux élèves les fondements des interdits législatifs afin qu'ils y adhèrent au mieux. Il s'agit enfin de stimuler les compétences psychosociales telles que l'estime de soi, la capacité à s'affirmer, responsabilisation afin de ne permettre aux élèves de s'exonérer des pressions extérieures à des facteurs de risques susceptibles de les orienter vers la consommation de cannabis.

⁹² Circulaire n° 2003-210 du 11 décembre 2003, NOR : MENE0302706C.

Ce guide, expérimenté au début de l'année 2005 auprès de 80 établissements scolaires a été diffusé à l'ensemble des écoles élémentaires, collèges et lycées français à l'automne 2005. Il est précisé que son exploitation n'a pas été évaluée.

(b) Des actions disparates par ailleurs

Nous citerons de façon tout à fait anecdotique en ce qui concerne les campagnes itinérantes de dispositifs de sensibilisation mobiles et généralistes sur les drogues qui traitent cependant du cannabis. Celle de la mission de lutte antidrogue (MILAD), unité de coordination ministère de l'intérieur en matière de lutte antidrogue (quatre policiers formateurs antidrogue interviennent pendant l'année scolaire dans les établissements et en période estivale sur les côtes françaises). On peut être dubitatif quant aux moyens mis en œuvre face au problème supposé. La deuxième initiative intitulée *Drogland* et parrainée par la MILDT est portée par une association Civisme et Démocratie (CIDEM) et a proposé de façon ludique un débat pour les 13-24 ans et les adultes sur les usages des produits permettant des débats et des forums. Le tout est réalisé avec les différents partenaires institutionnels concernés. Elle s'est déplacée dans une quinzaine de villes de novembre 2005 à la fin de l'année 2006. Là encore, même si les intentions sont louables on peut se demander si les moyens affectés ne paraissent pas dérisoires face à un phénomène décrit par ailleurs souvent comme un « fléau ».

On constate que le dispositif de prévention en France a tardé à émerger et qu'il demeure marqué idéologiquement par l'opposition d'une approche globale, comportementale centrée sur l'individu et son épanouissement à une approche « produit » centrée sur l'usage. Le guide utilisé par l'Éducation Nationale semble plus pragmatique en faisant un mélange des deux approches et en adaptant le discours en fonction des tranches d'âge. Malheureusement, quelle que soit la valeur de cet ouvrage, il apparaît encore comme sous-utilisé.

Néanmoins, l'heure est aux campagnes ciblées. Celle concernant le cannabis en est l'exemple.

(c) Vers des campagnes ciblées

Avant 1999, les campagnes de prévention étaient rares, la dernière remontant à 1994. Elles sont marquées par le rappel de l'interdit de la loi et ne s'attachent pas à diffuser des connaissances scientifiquement validées. C'est à partir de 2000 grâce à la diffusion du livret « Drogues : savoir plus, risquer moins » que des données scientifiques concernant les effets et les risques potentiels du cannabis vont commencer à être largement diffusées.

Le tabac et l'alcool avaient, seuls, fait l'objet de campagnes spécifiques jusqu'en 2005 où fut lancée la première campagne ciblée sur le cannabis. Elle faisait partie des objectifs du plan gouvernement 2004-2008. Il faut dire que si l'on se souvient du contexte de l'époque, ce plan avait la nécessité d'être particulièrement efficace. Le plan précédant s'arrête en 2002 au même moment que le changement de gouvernement et comme souvent, la faillite et l'incapacité de ses prédécesseurs est mise en avant. Comme d'habitude, s'attaquer à la loi cadre du 31 décembre 1970 est une priorité revendiquée et deux ans après, arrive un nouveau plan (N'y a-t-il pas eu de politique de lutte contre la toxicomanie dans cette période ?) qui ne bouleverse pas grand-chose. Pourtant, le premier ministre de l'époque avait affirmé le 29 mars 2004 sur la chaîne de télévision M6 qu'il allait y avoir un remplacement de cette loi et il proposait une « contraventionnalisation » de l'usage de ce produit.

Finalement, les choses restent en l'état ou presque. Le quotidien « Le Monde »⁹³ ne s'y trompe d'ailleurs pas en y consacrant sa « Une » du vendredi 30 juillet 2004 : « *Cannabis : le gouvernement renonce à une répression accrue* ». Faute de pouvoir mettre en œuvre cette répression, un programme de prévention est lancé.

(d) La campagne cannabis 2005

Elle s'intitule « le cannabis est une réalité ». Elle est menée conjointement par le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la MILDT et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Elle confronte de l'image répandue d'un produit naturel et inoffensif à ses effets négatifs, sous forme

⁹³ « Le Monde », 60^{ème} année, n° 18509, vendredi 30 juillet 2004, pp 1 et 7.

de témoignages de jeunes consommateurs, en soulignant certains risques (difficultés scolaires, perturbation des relations affectives, dépendance produit et intoxication aiguë). Elle est lancée en février 2005 et sera reconduite partiellement en 2006. Cette campagne destinée prioritairement aux jeunes se décline sous la forme de la diffusion de six spots différents à la télévision du 8 au 27 février et de 8 spots radio différents du 8 février au 6 mars. Quatre annonces différentes dans la presse principalement nationale ont été adressées aux parents du 14 au 25 février. De plus, trois brochures informatives destinées aux jeunes, aux parents et aux personnes qui souhaitent s'arrêter de consommer du cannabis ont été diffusées après de 3,5 millions d'exemplaires au total.

La campagne tranche avec les précédentes par les témoignages qu'elle met en scène et les couleurs vives (jaune) qu'elle utilise. Les livrets reprennent les thèmes développés par les campagnes télévisuelles et radiophoniques. La brochure « jeunes » confronte la réalité de témoignages d'adolescents consommateurs à des avis de spécialistes reconnus et nommés. Puis viennent diverses informations sur le produit, un questionnaire d'évaluation (le CAST) ainsi que les classiques adresses auxquelles on peut s'adresser. La brochure « parents » (32 pages au lieu de 24) met l'accent sur l'information, elle intègre des photos de parents en apparence « désemparés » et des photos d'adolescents qui ressemblent tellement à leurs enfants (mais pas tout à fait quand même !) qu'il semble facile de s'identifier et de se projeter. La deuxième partie qui propose des solutions abandonne le fond jaune au profit d'un blanc sobre, fait apparaître l'image rassurante du médecin (un homme avec blouse et stéthoscope pour mieux écouter le cœur sans doute !) et à la fin, un groupe d'adolescents souriants.

Le guide d'aide à l'arrêt (qui est une réelle nouveauté) commence par une citation de Baudelaire livrée telle que :

Baudelaire, 1860 :

“ Ce que le haschisch te donne d'un côté, il te le retire de l'autre... Il te donne le pouvoir de l'imagination mais t'enlève la possibilité d'en profiter ”

La date est sûrement faite pour que Baudelaire ne soit pas confondu avec un contemporain moralisateur.

Le guide est assez directif et s'inspire des notions que l'on va retrouver dans les entretiens motivationnels utilisés dans diverses thérapies cognitivo-comportementales. Il est personnalisable avec des endroits réservés pour noter ses caractéristiques propres. Là, le médecin est « sympa », il n'a pas de blouse et est assis sur le bureau. À la fin, bien sûr, le sourire revient sous la forme d'une belle jeune fille qui représente sans doute la copine « idéale ».

En fait, ne nous y trompons pas, nos propos, certes ironiques, renvoient à ce que beaucoup ont ressenti en la voyant : « C'est une bonne campagne de publicité ! » sauf que le jour où elle a débuté, les brochures n'étaient pas toutes arrivées dans les structures désignées comme « Consultations Cannabis » qui se voulaient être le pendant de terrain de cette action.

Cette campagne a, bien entendu, été évaluée avec les mêmes indicateurs que le lancement d'un produit comme un autre.

On retrouve dans le tableau suivant une comparaison de différentes campagnes. Peut-on comparer ? Rien n'est moins sûr !

Tableau 8, Scores d'impact des post-tests des campagnes grand public entre 2000 et 2006

Mémorisation * ou reconnaissance	Agrément*	Implication*	Incitation*
1 - Avril-mai 2000 : « Drogues : savoir plus, risquer moins » (Grand public)			
66 % de reconnaissance (81 % chez les 15-24 ans)	77 % (86 % chez les 15-24 ans)	46 % (48 % chez les 15-24 ans)	37 % des personnes incitées à acheter le livre** (47 % des jeunes)
2 - Été 2001 : « Il n'y a pas meilleure influence que la vôtre » (Adultes référents)			
39 % de mémorisation spontanée	73 %	86 %	80 % des personnes incitées à établir le dialogue avec les jeunes
3 - Janvier-février 2002 : « Pour savoir où vous, VOUS en êtes » (Jeunes de 15-25 ans)			
34 % de mémorisation spontanée chez les 15-25 ans	85 % chez les 15-25 ans	40 % chez les 15-25 ans (54 % chez les usagers de cannabis consommant dans un cadre festif)	17 % des jeunes de 15-25 ans incités à réfléchir sur leurs consommations (19 % pour des usagers de cannabis consommant dans un cadre festif)
4 - Février-mars 2005 : « Le cannabis une réalité » (Jeunes de 15-24 ans en priorité et parents des 11-20 ans)			
74 % de mémorisation spontanée chez les parents et 83 % chez les jeunes de 15-24 ans ; 94 % de reconnaissance chez les parents et 97 % chez les 15-24 ans	89 % chez des parents et 82 % chez les jeunes de 15-24 ans	37 % des parents et 33 % des jeunes (47 % des consommateurs actuels de 15-24 ans se sentent personnellement concernés par la campagne)	86 % des parents et 82 % des jeunes de 15-24 ans prennent conscience des risques du cannabis ; 3 % des parents et 67 % des jeunes de 15-24 ans contre 71 % des parents incités à parler du cannabis dans les familles et 60 % des jeunes incités à parler avec quelqu'un de compétent
Service d'information du gouvernement pour les campagnes d'information et de prévention des ministères			
40 % et 45 % de mémorisation spontanée. Non fourni pour la reconnaissance.	70 %	Non fourni	Non fourni

* Voir les définitions données ci-dessous

** Drogues : savoir plus, risquer moins, diffusé au total à près de 5 millions d'exemplaires (dont 1 million vendus). Source : Enquête post-test, INPES.

On peut cependant trouver, grâce aux post-tests de l'INPES⁹⁴, des informations relatives à la perception momentanée de la campagne sur quatre aspects :

- Notoriété : se souvenir d'avoir vu, lu ou entendu la campagne faisant l'objet de l'enquête et reconnaître au moins un élément de la campagne après avoir vu les spots radio, TV ou annonces presse ;
- Agrément : avoir aimé au moins un élément de la campagne ;
- Implication : se sentir personnellement concerné par la campagne parmi ceux qui ont reconnu au moins un élément de la campagne ;
- Intentionnalité ou incitation : se sentir enclin à changer son comportement conformément aux objectifs de la campagne.

Il est noté que cette campagne a eu une « mémorisation spontanée » plutôt élevée (83% contre les précédentes, plus anciennes certes, 34 % en 2002 et 81 %). Outre que la différence entre 83 % et 81 % n'est pas significative sauf à reconnaître qu'en terme de notoriété la campagne « Savoir plus, risquer moins » devait vraiment avoir été une bonne campagne, on ne peut pas dire autre chose à notre avis que cette campagne a eu le mérite de faire parler du cannabis en essayant d'amener le débat sur le terrain de l'information mais cela n'avait-il pas été déjà fait quelque temps avant.

Nous reviendrons dans le prochain sous-chapitre sur le volet sanitaire de cette campagne appelée « Consultation cannabis » mais l'action spécifique cannabis ne s'est pas arrêtée là. Un volant « Sécurité routière » y a été rajouté.

(e) Sécurité routière et cannabis

Le président de la République lors de sa réélection en 2002 avait de la lutte contre la délinquance routière une priorité de son second mandat. La première campagne nationale de prévention de l'usage de cannabis au volant a été lancée du

⁹⁴ INPES, Synthèse des principaux enseignements du post-test de la campagne d'informations sur le cannabis menée par l'INPES, Saint-Denis, INPES, 2005 (non publiée), 24p.

24 mai au 10 juin 2006 conjointement par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Délégation interministérielle à la sécurité routière (DISR). Elles s'articulaient le autour de trois éléments : deux spots radio ainsi que des affiches et des dépliants ; un site Internet⁹⁵ et un forum de discussions actif pendant la période de la campagne. Cette campagne était bien entendue destiner aux jeunes et rappeler les principales conséquences de la consommation du cannabis en voiture ou en deux-roues (perte de contrôle, altération des réflexes et baisse de la vigilance). Elle alertait sur le risque pris – pour soi-même et pour les autres ce qui est assez nouveau pour être noté – quand on conduit après avoir consommé du cannabis. Elle s'appuyait surtout sur des résultats chiffrés d'une enquête épidémiologique « Stupéfiants et accident mortel de la circulation routière » (SAM)⁹⁶: 230 décès dus au cannabis par an, risque d'être responsable d'un accident multiplié par deux pour le cannabis seul et par 15 pour le cannabis associé à l'alcool. Le site Internet reprenait également des éléments récents de législation.

(f) Téléphonie sociale

Poursuivant la logique de l'approche produit, alors qu'auparavant la ligne d'écoute était unique (DATIS, Drogues Alcool Tabac Info Service) ont été créés trois numéros, l'un restant généraliste (DIS) et deux autres devenant spécifiques de l'alcool (« Écoute alcool ») ou du cannabis (« Écoute cannabis »).

La ligne « Écoute cannabis » a été créée en décembre 2004. Elle est ouverte sept jours sur sept, de 8 heures à 20 heures, au prix d'une communication locale. Elle s'adresse à toute personne souhaitant s'informer sur le cannabis ou bénéficier d'une écoute, un conseil et d'une orientation. Il s'agit de la seule ligne spécifique le cannabis. À la différence d' « Écoute cannabis », la ligne « DIS » fonctionne en permanence et est gratuite depuis un poste fixe.

⁹⁵ www.cannabisetconduite.fr

⁹⁶ LAUMON, (B.), et al, Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM) : synthèse des principaux résultats, Saint-Denis, OFDT, INSERM, INRETS, CEESAR, LAB PSA, 2005, 39 p.

Quand on fait le bilan sur toute l'année 2005 des appels aux trois numéros cités au-dessus, si le cannabis ne constitue pas l'objet principal de l'appel, il est cependant cité dans 43 % des appels.

La ligne « Écoute cannabis » n'a pas concentré à elle seule la totalité des appels pour lesquels le cannabis est cité. En moyenne, la ligne «DIS » a reçu 48 appels tandis que la ligne spécifique en recevait une dizaine. Ces chiffres qui apparaissent extrêmement faibles contrastent avec le volume obtenu pendant la campagne « le cannabis est une réalité » (du 8 février au 6 mars 2005) où le nombre d'appels quotidiens était en moyenne de 482.

Les informations dont nous disposons sur la caractéristique des appels sont assez faibles car ils ne concernent que la sommation des trois lignes (et non pas la ligne cannabis spécifique). En les comparant aux appels reçus par la ligne spécifique pendant la campagne, on peut seulement noter les éléments suivants : les appels des usagers se sont maintenus à un niveau légèrement inférieur à ceux de la campagne (38 % contre 42 %), ceux issus de l'entourage ont été sensiblement plus élevés (57 % contre 53 %). Pour l'âge des appelants usagers, les 20-30 ans n'ont pas été aussi nombreux que pendant la campagne (42 % contre 51 %) ; la majorité des demandes au long de l'année 2005 a concerné des questions d'information que ce soit du côté des usagers ou d'entourage, représentant 60 % des appels.

En conclusion de cette partie, on peut être assez dubitatif sur la création d'un dispositif spécifique « cannabis ». Il n'y a pas eu mais peut-être est-ce trop tôt pour se prononcer de changement majeur dans ce que nous connaissions auparavant. Peut-être faut-il se laisser le temps à condition bien entendue que ce dispositif soit maintenu en l'état ce qui n'est jamais sûr en matière d'initiatives publiques concernant des toxicomanies en France. Attachons-nous maintenant à voir quel bilan on peut faire du volet sanitaire de cette présence charge spécifique dénommée « Consultation cannabis ».

B. Les Consultations cannabis : premiers bilans

Avant la mise en œuvre des « consultations cannabis », les usagers qui consomment et à cette substance psycho active l'été est pris en charge dans des structures de soins non spécifiquement dédiés au cannabis notamment les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST).

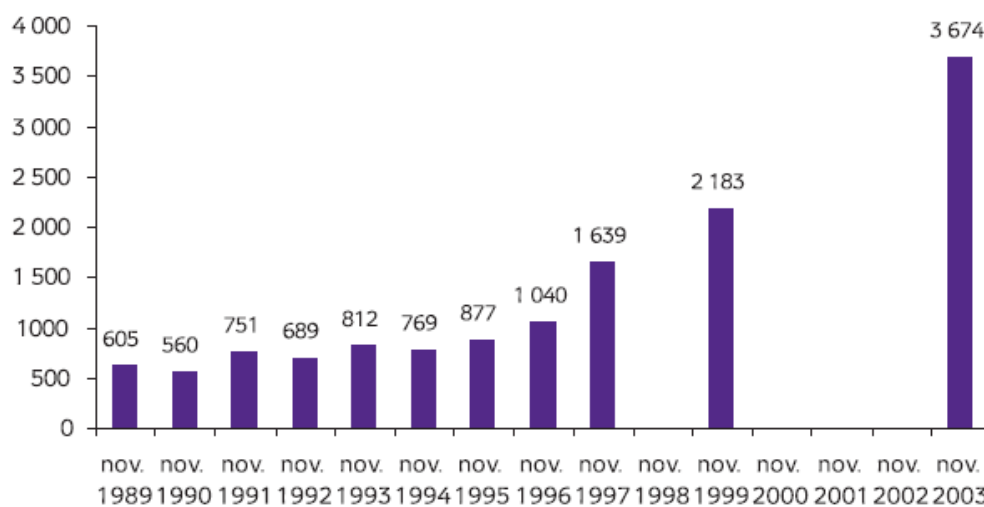
(a) La prise en charge dans les CSST

Ces CSST créés dans les années 70 avaient pour but d'accueillir de façon anonyme et gratuite les consommateurs de drogues illicites et donc de cannabis. Les résultats d'une enquête menée assez régulièrement sur les personnes venues consulter dans ses structures montrent que le nombre de personnes en difficulté^{97, 98} avec le cannabis accueilli pendant le même mois de l'année est passé de 600 en 1989 à 3700 en 2003 comme l'atteste la figure ci-dessous. Notons toutefois que la tendance à l'augmentation de la prise en charge concerne tous les produits puisque l'ensemble des recours à ces structures a été multiplié par trois. Jusqu'en 1997 la part relative du cannabis s'est s'élevée à 11 % alors que depuis cette date, on constate une augmentation à 18 % en novembre 2003.

⁹⁷ BELLIARD, (E.), Les prises en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1989, SESI, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, 1991.

⁹⁸ BELLAMY, (V.), La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social : enquête réalisée en novembre 2003, Paris, DREES, 2005, 36 p.

Figure 7, Nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis dans les CSST au cours du mois de novembre, 1989-2003



Note : enquête non réalisée en 1998, 2000, 2001 et 2002

Source : *Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et sociale en novembre, 1989 à 2003, SESI/ DREES.*

Depuis 2001, les données issues des rapports d'activité des CSST permettent d'estimer le nombre de personnes vues chaque année à 12 000 en 2001 et 23 mai l'an 2004 soit un quasi-doublé en trois ans⁹⁹. Cette tendance se poursuit en 2005 à partir des données recueillies dans le cadre de RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge). Le nombre serait alors pour l'année citée de 25 à 26 000 personnes prises en charge.

Les patients hospitalisés pour eux ce motif reste en nombre limité et il est d'ailleurs difficile de savoir si le cannabis constitue le motif de l'hospitalisation. 90 % d'entre eux sont hospitalisés dans les services de psychiatrie.

La drogue principale (c'est-à-dire le produit consommé récemment, au cours du mois passé, causant le plus de dommages à l'utilisateur) est le plus fréquemment de cannabis pour 38 % alors que l'héroïne n'est citée qu'en deuxième position et dans 35 % des cas. En 2005, le cannabis est la drogue principale pour 44 % des nouveaux

⁹⁹ PALLE, (C.), et al, Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004. Exploitation des rapports d'activité-type des CSST, Saint-Denis, OFDT, 2006, 77 p.

patients contre moins de 28 % pour l'héroïne les autres opiacés. On peut toutefois relativiser la diminution de la part de l'héroïne car nombre de patients dépendants traités par des produits de substitution sont prises en charge par la médecine de ville.

Les usagers de cannabis rencontrés dans les CSST se caractérisent par une proportion plus élevée d'hommes et par un âge moyen nettement inférieur à celui des consommateurs de drogue reçue habituellement.

D'après les données de RECAP, en 2005, les consommateurs de cannabis pris en charge étaient à 85 % des hommes (contre 77 % chez les autres usagers) et leur âge moyen s'établissait à 24,5 ans contre 32,8 ans pour les autres. De plus, 61 % des consommateurs de cannabis en moins de 25 ans contre 21 % chez les autres. On voit que la comparaison peut se faire autour de cet axe de 25 ans.

Les consommateurs âgés de moins de 25 ans vivent dans un environnement socio-économique plus stable que les jeunes de la même tranche d'âge pris en charge pour d'autres drogues. 72 % d'entre eux habitent chez leurs parents contre 53 % chez les autres consommateurs, dans un logement stable pour 86 % contre 75 % chez les autres ; les ressources de plus de 40 % d'entre eux proviennent de tiers contre 25 % chez les autres, 44 % d'entre eux sont étudiants ou lycéens contre 25 %. Ils ont moins souvent fait état de problèmes à type d'hospitalisation pour un motif psychiatrique, une tentative de suicide ou une incarcération : 16 % contre 31 % G. les autres consommateurs.

Chez les plus de 25 ans, les usagers et de cannabis sont en moyenne 32,2 ans contre 35,7 entre les autres drogues et la part des plus de 40 ans est faible (14 % contre 27 %). Ils sont moins nombreux à avoir des enfants (36 % contre 46 %) et leur situation socio-économique est légèrement meilleure. En effet, il s'en prend 3 % avoir au moins le niveau du baccalauréat contre 28 % pour les usagers d'autres drogues illicites. 46 % ont des revenus issus d'activités rémunérées (contre 37 %). Enfin, 45 % d'entre eux sont au chômage inactif contre 55 % chez les usagers d'autres drogues illicites. La fréquence des antécédents de prise en charge sanitaire, psychiatrique et judiciaire est plus élevée chez les plus de 25 ans : 21 % ont déjà été pris en charge pour des problèmes liés à l'usage de drogues, 26 % ont été hospitalisés pour des

raisons psychiatriques, 19 % déjà fait une tentative de suicide et 30 % ont été incarcérés au moins une fois.

(b) Les « consultations cannabis »

Elles représentent la partie sanitaire du dispositif spécifique cannabis du plan 2004 -- 2008 déjà cité. Institutionnellement, elles sont dénommées « consultations jeunes consommateurs » conformément au cahier des charges et la circulaire D. G. S. – D. H. O. S. du 7 mars 2005 relatif aux systèmes d'informations les concernant. On les a également appelées « consultations de diagnostic ».

L'objectif assigné à ces « consultations jeunes consommateurs » était de : *« proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic de l'usage nocif ; d'offrir l'information et conseils personnalisée aux usagers à risque ; d'offrir une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques ; d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes lorsque la situation le justifie ; offrir un accueil aux parents en difficultés face à la consommation de leurs enfants ; de proposer, le cas échéant, un accueil conjoint parents – enfant. »*

Ces consultations de diagnostic ont été étroitement associées au dispositif d'addictologie existants puisque 75 % sont adossées à un CSST, 8 % à un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), 2 % à un CCAA/CSST et 15 % à un service hospitalier.

Une enquête a été menée pour comparer les usagers qui se sont adressés aux « consultations cannabis » un mois donné par comparaison avec les usagers de cannabis en population générale¹⁰⁰.

(c) Repères méthodologiques

L'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis a été menée par questionnaire anonyme auprès des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) entre le 15 mars et le 15 avril 2005 : cette population a ensuite été

¹⁰⁰ OFDT, Premier bilan des « consultations cannabis », Tendances n°50, septembre 2006, 6 p., disponible sur www.ofdt.fr

suivie jusqu'au 30 juin 2005. Environ 70 % des questionnaires contiennent des informations relatives à un consommateur venu seul, 20% fournissent des informations conjointes (consommateur et entourage) et 10 % ne concernent que l'entourage, venu évoquer la consommation d'un tiers consommateur. Le taux de participation à l'enquête a été de 95 % (sur 266 consultations désignées par les préfets de région à la date de l'enquête).

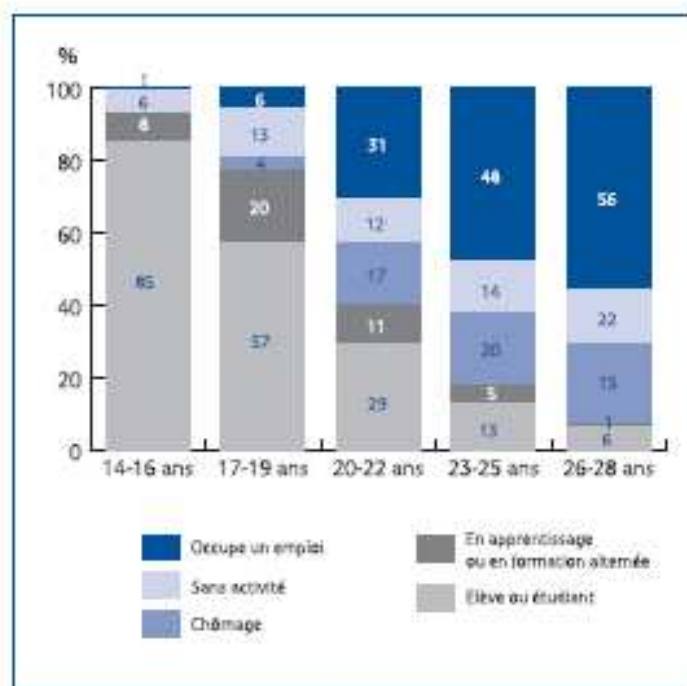
L'échantillon effectif comprend 229 consultations ayant accueilli au moins un patient dans la période d'inclusion, réparties dans 95 départements (métropole + DOM*). Le taux de réponse exploitable atteint 100 % dans les trois quarts des départements. La population de consultants captée par l'enquête représente 4202 personnes reçues un mois donné : 72 % de consommateurs (suivis pendant 10 à 14 semaines) et 28 % de personnes de l'entourage d'un consommateur – parent(s) de consommateurs dans près de 9 cas sur 10. Toutefois, l'enquête n'est pas parfaitement exhaustive s'agissant des consommateurs, certaines consultations ayant explicitement choisi de ne prendre en compte dans le questionnaire que les « jeunes » de moins de 26 ans. (* À la date de l'enquête, la Guadeloupe n'avait déclaré aucune « consultation jeunes consommateurs »).

(d) Profils sociodémographiques des consultants

Les garçons sont majoritaires à 80 %. Âge moyen des usagers de 21 ans et deux mois : un est similaire chez les garçons et chez les filles. La plupart des consommateurs (90 %) ont entre 14 et 25 ans. Avoir 20 ans, la grande majorité des consommateurs sont élèves ou étudiants. Leur profil scolaire diffère de celui des adolescents du même âge en population générale : 18 ans, ils sont moins souvent scolarisés. 78 % des consultants contre 96 % des jeunes du même âge ; à cet âge, ils sont aussi plus souvent inscrits dans des filières d'apprentissage ou de formation alternée (25 % des consultants contre 12 % des jeunes interrogés par l'enquête¹⁰¹ ESCAPAD 2003). Les consommateurs âgés de plus de 25 ans sont en majorité des actifs occupés.

¹⁰¹ BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), SPILKA, (S.), Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p.

Figure 8, Situation scolaire ou professionnelle des usagers âgés de 14 à 28 ans (n=2489)



N.B. : le 1% de consommateurs âgés de 14 à 16 ans qui « occupent un emploi » peuvent être des élèves de CAP ou de BEP en stage d'entreprise. Les 6% de consommateurs « sans activité » peuvent être des jeunes de moins de 16 ans déscolarisés ou des jeunes qui ont quitté l'école dans leur 1^{re} année.

Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

(e) Type et fréquence de consommation

45 % des consultants consomment du cannabis tous les jours, 20 % en fait un usage régulier mais pas quotidien (10 à 29 usages dans le mois passé) et le tiers restant en use occasionnellement. On peut noter que 10 % n'ont pas du tout consommé de cannabis au cours des 30 derniers jours.

Les usagers quotidiens déclarent fumer en moyenne 6 joints par jour. 53 % d'entre eux disent au moins fumer 5 joints un jour de consommation contre 28 % des usagers réguliers.

Plus du tiers des consultants est diagnostiqué dépendant au cannabis (51 % des consommateurs de plus de 25 ans contre 33 % des moins de 25 ans). Le

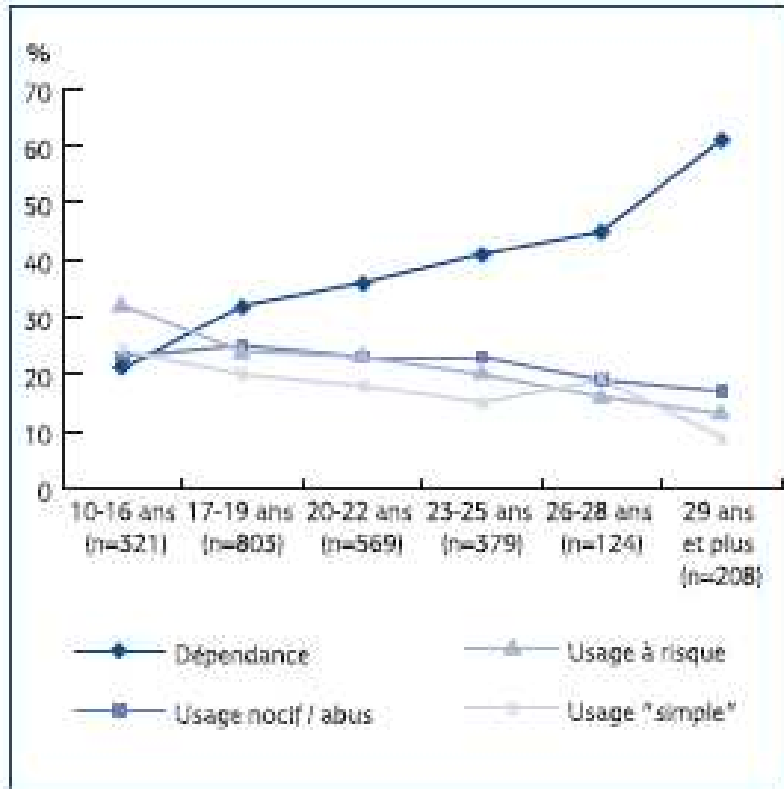
diagnostic de dépendance est d'autant plus fréquent que le consultant est âgé (32 % contre 17 et 19 ans, 80 % contre 29 et 34 ans).

La moitié des mineurs ou jeunes adultes sont repérés comme étant en situation d'usagers à risque ou d'usage nocif (48 % contre 35 % chez les 25 et plus). Près de 20 % de ce jeune public fait cependant état d'une consommation qui ne présente pas de risque avéré.

Quelque soit la tranche d'âge, plus du tiers des consommateurs fait l'objet d'un diagnostic de dépendance. Les usagers « dépendants » sont les plus nombreux partir de 17 ans : cette proportion croît avec l'âge. Cette part culmine entre 29 et 34 ans où ils sont à environ 80 %. Il faut également noter que les usages « nocifs » sont stables aux différents âges de la vie aux alentours de 20 % tandis que la part des usagers occasionnels sans nocivité avérée décroît très rapidement.

La précocité des expérimentations est très liée aux usages nocifs. Plus le cannabis est expérimenté jeune, plus la fréquence d'usage actuelle est régulière. Les usagers de cannabis venant aux consultations se distinguent par une expérimentation du produit plus précoce que celle des adolescents observés dans l'enquête ESCAPAD.

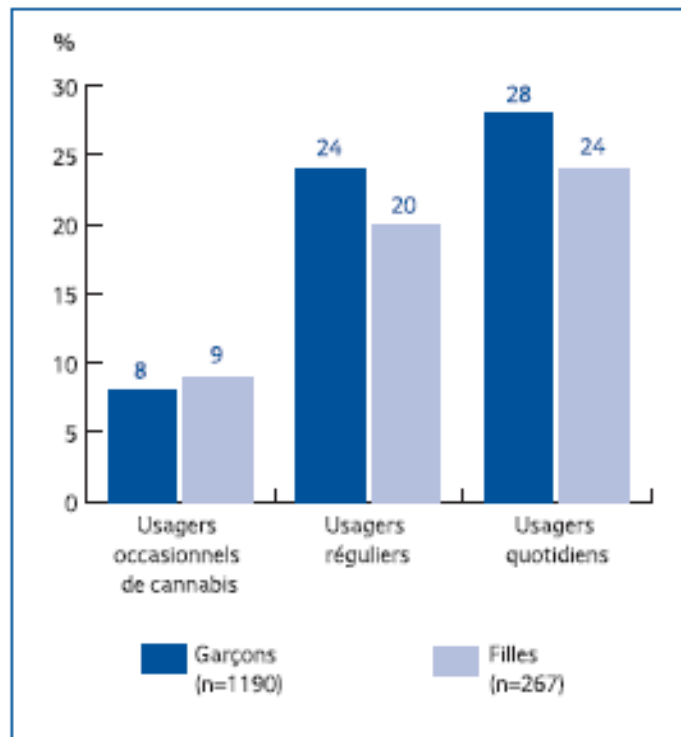
Figure 9, Type d'usagers reçus, par tranche d'âge (en %)



Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

L'alcool demeure le produit associé le plus fréquent chez 20 % des consultants. L'utilisation de ce produit est liée à l'usage régulier du cannabis. Parmi les usagers quotidiens de cannabis, 14 % sont aussi buveurs quotidiens d'alcool, les garçons l'étant un peu plus souvent que les filles. L'usage récent d'ecstasy (dans les 30 derniers jours) est aussi associé à la consommation régulière de cannabis en étant là aussi plus important que dans l'enquête ESCAPAD (25 % contre 21 %).

Figure 10, Usage régulier d'alcool (au moins 10 épisodes de consommation dans les trente derniers jours) selon la fréquence d'usage du cannabis parmi les consultants



Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

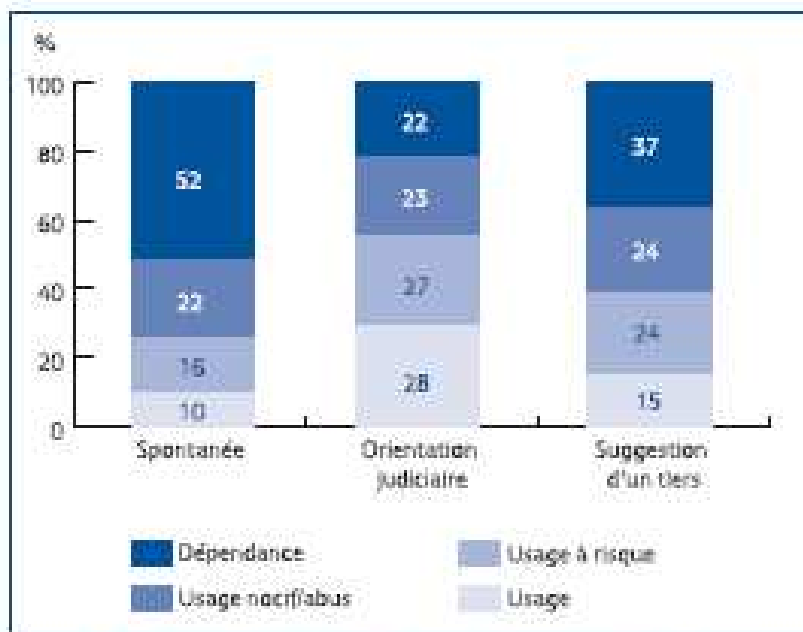
(f) Circonstances de recours aux « consultations cannabis »

Chez les garçons, 40 % des recours se font dans le cadre d'une injonction judiciaire contre 30 % de sollicitations par un tiers (entourage familial ou éducatif) et 30 % de démarche spontanée. Chez les filles, ce sont les démarches spontanées qui arrivent en tête avec 41 % devant les démarches sur suggestion d'un tiers (40 %) alors que les orientations judiciaires ne sont qu'à 19 %.

Les modalités de recours sont également structurées par l'âge. Avant 20 ans, la consultation fait essentiellement suite à la suggestion d'un tiers. Entre 20 et 28 ans, elle est induite par une décision judiciaire à 46 % en particulier chez les garçons. À partir de 29 ans, les demandes spontanées deviennent prépondérantes. Elles sont

également étroitement corrélées avec le type d'usage repéré par les cliniciens : la part des personnes relevant d'une consommation abusive ou d'une dépendance au cannabis est particulièrement élevée parmi les demandeurs spontanés. Elle est par contre très faible chez les consultants adressés par la justice qui bénéficient de suivis plus courts.

Figure 11, Diagnostic d'usage, selon la modalité de recours (n=2457)



Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

(g) Suivi proposé

Le suivi se déroule sur deux séances en moyenne mais ceci est extrêmement variable en fonction du diagnostic d'usage. Les usagers dépendants bénéficient de suivi en moyenne plus long : Plus de la moitié sont vus au moins trois fois. Ils sont vus au premier contact soit par un psychologue (35 %), un éducateur (25 %), un infirmier (21 %) et enfin un médecin pour 12 %. La moitié des usagers simples ne sont pas revus à l'issue de la première consultation. 80 % des usagers présentant un usage nocif ou une dépendance poursuivent le suivi.

10 % est adressé à une autre structure et en particulier un CSST.

La durée moyenne d'un suivi est d'un mois à partir de la première visite. Un tiers des consultants abandonne la prise en charge celui-ci étant partiellement expliqué par le long délai d'attente entre deux rendez-vous. Au début de la prise en charge, être vu par un professionnel de santé et en particulier un médecin diminue par quatre le risque d'un abandon en cours de suivi.

La conclusion présentée dans les divers rapports¹⁰² est que ces consultations accueillent un public qui ne se serait pas rendu dans les structures spécialisées habituelles. Or, quand on sait qu'elles se tiennent toutes dans des structures déjà existantes, cela ne semble pas être un argument de poids. D'autre part, au vu des personnes rencontrées, le résultat semble encore plus décevant. Le nombre de consultants moyens est de 18 en moyenne par structures et tombent à 13 quand il concerne uniquement les consommateurs. Les chiffres étant encore plus disparates si l'on considère que 56 % des consultations accueillent moins de 15 personnes par mois et que 3 % en reçoivent plus de 60 (ce qui doit correspondre à 6 à 8 structures désignées). Un tiers des structures reçoit entre 5 et 15 patients, un autre tiers en reçoit entre 15 et 40. Quant on rapporte le nombre de patients en regard des moyens surnuméraires ajoutés annuellement à savoir 3,8 millions d'euros, ces moyens semblent considérables.

Néanmoins, on parle du cannabis et après avoir vu combien l'Éducation Nationale avait son rôle à jouer, on voit apparaître à travers les personnes citées dans la prise en charge des usagers d'autres intervenants tels que les médecins, les infirmiers et les éducateurs. On peut se demander comment ils ont été formés à cette prise en charge ou s'ils ont eu à s'y confronter de novo avec leur expérience singulière somme de leurs parcours personnel et professionnel.

¹⁰² TREND, n° 50, Premier bilan des « consultations cannabis », OFDT, 6 p., septembre 2006 et « Cannabis ; données essentielles », juillet 2007 sur www.ofdt.fr

2. La formation à l'éducation à la santé dans les différentes formations initiales

Le présent chapitre va s'attacher à recenser dans chacune des formations ce qui peut avoir trait à la prévention et aux conduites addictives. On se rend compte que si le public investit certains acteurs dans ce rôle d'agent de prévention, il s'agit souvent plus de représentations sociales envers celui qui sait ou est supposé savoir. Dans l'enquête « Penser les drogues, EROPP 2002 », (déjà cité), à la question n° 136 libellée comme suit « Si un de vos proches avait un problème lié à l'usage d'une drogue, à qui vous adresseriez-vous ? », les deux principales réponses sont « Médecin » à 68,8 % et « Organisme spécialisé » à 23,6 ce qui correspond à un total de 92,4 %. Même si plusieurs réponses étaient possibles, la troisième position est occupée par « un membre de la famille » à 12,2 %. On sait que les professions représentées dans les organismes spécialisés (Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes) sont après les médecins les infirmiers (ères) et les travailleurs sociaux dont les éducateurs spécialisés. Il nous a semblé évident d'y intégrer l'Éducation Nationale compte tenu du rôle « naturel » qu'elle joue dans les apprentissages fondamentaux.

A. Les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres

En 1989, la loi d'orientation crée les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). Dans chaque académie, l'IUFM a pour mission de former les professeurs des écoles, les professeurs de collège et de lycée (général, technologique ou professionnel) ainsi que les conseillers principaux d'éducation. La première année de formation pour les futurs professeurs des écoles (PE1) est la seule qui a un programme structuré même si comme nous le verrons dans la suite, les actions de formation d'éducation à la santé peuvent faire l'objet de modules transversaux que ce soit au premier degré comme au second degré.

Ce programme est décrit comme ayant pour but de préparer aux épreuves du concours externe¹⁰³ et à la polyvalence du métier¹⁰⁴. Il comprend des enseignements obligatoires en Français, Mathématiques, Histoire – Géographie et Sciences et Technologie ainsi qu'en E.P.S. et anglais. Il existe des enseignements facultatifs en Entraînements A.P.S.A. (Activités Physiques Sportives et Artistiques), Occitan et TICE. Un enseignement a lieu sur la connaissance de l'école : conduite des apprentissages, connaissance de l'enfant, approches pédagogiques ; connaissance du système éducatif français, ouverture sur quelques systèmes éducatifs européens ; les valeurs de l'école (laïcité, égalité des chances, citoyenneté...). La préparation au métier se fait à travers la réalisation de stages de pratique accompagnée, auprès de maîtres formateurs ou de maîtres d'accueil temporaire et sont répartis sur trois périodes, de façon à permettre si possible la connaissance de chacun des trois cycles de l'école primaire.

(a) L'éducation à la santé dans les formations dispensées par les IUFM

L'éducation à la santé même si elle est affichée comme valeur fondamentale n'est pas toujours objet d'enseignement spécifique comme le mettent en avant les articles de D. JOURDAN, P. VICTOR^{105, 106} et al. Ils ont analysé les principales caractéristiques des formations dans leur diversité. Seules 16 des 30 IUFM avaient répondu au questionnaire. Il y eut des difficultés de repérage et d'identification pour les formations en elles-mêmes.

Néanmoins sur les 139 fiches qui ont pu être analysées et les objets de formation proposée par les IUFM ont été classés de la façon suivante : Éducation à la

¹⁰³ Ministère de l'éducation nationale, arrêté du 10.05.05 – Note de service du 16.05.05 – Textes de cadrage à consulter sur education.gouv.fr/siac/siac1

¹⁰⁴ Ministère de l'éducation nationale, circulaire du 14.11.94 – Annexe III à la circulaire du 16.11.94 et circulaire du 27.05.99.

¹⁰⁵ JOURDAN, (D.), VICTOR, (P.), La formation des enseignants du primaire à l'éducation à la santé dans les IUFM : enjeux et obstacles, Recherche et formation, 1998, 28 : 29-46.

¹⁰⁶ JOURDAN, (D.), De PERETTI, (C.), VICTOR, (P.), MOTTA, (D.), BERGER, (D.), COGERINO, (G.), MARZIN, (P.), État des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM), In : BILLON, (J.) (dir.) L'éducation pour la santé. Lille : Presses Universitaires du Septentrion, 2002.

santé (48) ; secourisme (23) ; santé des élèves (21) ; maltraitance (17) ; conduites à risque (13) ; sexualité (3) ; sécurité (3) ; public particulier (3) ; rythmes;(2) sans sujet défini (6). L'analyse des résultats montre que les formations à l'éducation à la santé, à la maltraitance et au secourisme touchent principalement le premier degré tandis que les formations se référant d'autres thématiques de santé (conduites à risque, sexualité, santé des élèves) concernent davantage le second degré.

Les publics concernés sont en majorité des stagiaires en formation initiale (60 %). Parmi eux, les PE 2 représentent la cible privilégiée (55 %). Les intervenants sont majoritairement des formateurs de l'IUFM à 27 %. Les actions de formation en éducation pour la santé sont encore principalement encadrées par le professeur IUFM de SVT (73 % des disciplines renseignées).

La question concernant les objectifs de ces formations n'a recueilli aucune réponse dans 47 des 139 fiches. Sur les 192 objectifs cités, on dénombre, regroupés en cinq groupes : 1-développer des connaissances, des concepts, apports d'information (15 % des objectifs cités) ; 2-développer une prise de conscience de l'importance de la place de l'éducation pour la santé à l'école (14 %) ; 3- développer une identité professionnelle (19 %) ; 4- développer un réinvestissement (43 %) ; 5- développer un apprentissage de procédures : gestes de premier secours (8 %).

Les thèmes sont précisés dans 94 actions pour un total de 296 thèmes cités. Nous les avons regroupés en huit chapitres : 1-développement biologique et psychologie de l'enfant et l'adolescent ; 2 – approche de la santé globale (9 %) ; 3 – les thèmes de santé (5 %) ; 4 – approche par les risques « risques pris » (10 %) ; 5 – la maltraitance (16 %) ; 6 -la sécurité « risques subis » (11 %) ; 7 – éducation à la santé et prévention (22 %) ; 8 – la citoyenneté (6 %).

La durée formation est variable allant de deux à 96 heures. En formation initiale comme en formation continue, la durée moyenne des formations destinées exclusivement aux enseignants du premier degré est deux fois plus élevée que la durée des actions réservées à ceux du second degré. Lorsque les formations sont ouvertes à tous les niveaux, les durées apparaissent intermédiaires et même plus importantes en formation initiale et ce en lien avec leur caractère généralement optionnel. Seul un tiers des formations semble évalué, ce qui apparaît étonnant étant

donné que la formation continue est assujettie à une évaluation finale et que la plupart des actions de formation initiale doit faire l'objet de bilan.

Cette enquête montre une prise en compte effective de l'éducation à la santé dans les formations dispensées dans les IUFM. Elle apparaît diversifiée tant en termes de public, de durée, d'objectifs de thèmes ou de méthodes selon le contexte calme favorisant ou non la mise en œuvre de ce type d'éducation. Dans un nombre non négligeable de cas, ces formations représentent une occasion de formation initiale commune des professeurs des écoles et des professeurs des lycées et collèges. Les auteurs notent que l'adoption d'une culture commune par les enseignants du premier et du second degré est une des difficultés majeures rencontrées par les IUFM et que l'éducation à la santé pourrait constituer un objet de formation privilégiée pour permettre (comme c'est le cas dans plusieurs IUFM) la mise en œuvre de formations communes.

(b) Au-delà de la formation

Une autre enquête menée sur le terrain par des membres de la même équipe¹⁰⁷ auprès des enseignants du primaire a tenté de montrer quelles étaient les représentations et les pratiques sur l'éducation à la santé à l'école. Il note que à travers les trois hommes scolaires et des textes de cadrage, éducation la santé prend une place significative parmi les missions assignées au système scolaire¹⁰⁸. La position des enseignants apparaît plus contrastée¹⁰⁹, la formation des professeurs dans ce domaine constituant donc un enjeu capital comme s'accorde à le penser l'ensemble des auteurs^{110, 111}. La mise en œuvre des programmes de formation

¹⁰⁷ JOURDAN, (D.), PIEC, (I.), AUBLET-CUVELIER, (B.), BERGER, (D.), LEJEUNE, (M.-L.), LAQUET-RIFFAUD, (A.), GENEIX, (C.), GLANDDIER, (P.Y.), Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire, Santé publique 2002, volume 14, n° 4, pp. 403 – 423.

¹⁰⁸ Ministère de l'éducation nationale. Programme de l'école primaire ; 1995.

¹⁰⁹ SEQUIER, (A.), DEMARTEAU, (M.), PEREIRA, (M.), L'analyse des représentations : un moyen d'évaluer la formation des enseignants en éducation à la santé, Promotion & éducation, 1994, pp. 14 - 18

¹¹⁰ KEALEY, (K.A.), PETERSON (A.V.), GAUL, (M.A.), DINH, (K.T.), Teacher training as a behaviour change process: principles and results from a longitudinal study, Health and education behaviour, 2000; 27(1): pp. 64-81.

apparaît jonchée d'obstacles pour la réalisation de projets durables. Il apparaît aussi que l'idée selon laquelle la prévention est plus efficace lorsqu'elle est entreprise à l'école primaire est encore une idée peu partagée¹¹².

Nous partageons cette idée que la construction de compétences le plus précocement possible peut permettre la construction d'un concept de santé positive chez les plus jeunes enfants. L'enquête menée chez les enseignants du primaire montre que 71 % d'entre eux déclarent mener des actions d'éducation pour la santé, résultats relativisés contenus de ce qui est mis derrière ce vocable. Il apparaît que dans 61 % des cas c'est une décision personnelle de l'enseignant d'intégrer cette formation au programme de la classe suivi par un événement extérieur (22 %), la suite d'une réflexion collective ou une sollicitation institutionnelle tous les deux à 15 %. Les maîtres qui n'ont pas fait d'activités d'éducation à la santé avec leur classe évoquent le manque de temps pour 49 % suivis du manque de formation pour 39 %, du manque d'information (30 %) et le manque de matériel pour 28 %. Il est capital de noter que le sexe et le nombre d'années d'exercice n'ont pas d'influence sur le fait de pratiquer l'éducation pour la santé. Par contre, la formation est primordiale puisque, parmi les 27 % des personnes qui avaient reçu une formation à l'éducation pour la santé, 86 % pratiquent ce programme dans leur classe contre 67 % qui n'ont pas reçu de formation.

L'enquête montre également que plus un enseignant est convaincu de son rôle de prévention, plus il ressent le besoin de formation. Cette enquête a le mérite de montrer que l'éducation pour la santé est une partie intégrante du métier de professeur des écoles comme l'a montré l'approche historique¹¹³. Sous des formes diverses au cours des deux siècles derniers, l'école a toujours permis d'accéder à des notions élémentaires concernant au départ d'hygiène puis a su s'adapter au fil du temps. L'article met également en avant la nécessité d'un partenariat extérieur puisque celui-ci a été mis en œuvre dans un tiers des cas ce qui est assez

¹¹¹ MÉRINI, (C.), *Le partenariat en formation*, Paris, l'Harmattan ; 1999.

¹¹² COLLET, (R.), BERGER, (D.), *Les représentations du sida chez les enfants*, *Le journal du sida*, 1998, 104 : 18 – 21.

¹¹³ NOURRISSON, (D.), *Éducation à la santé : XIXème-XXème siècle*, Rennes, ENSP, 2002.

exceptionnel dans l'exercice du métier d'enseignant celui-ci ayant tendance à être plutôt solitaire.

Néanmoins, on doit s'interroger sur le type de partenariat effectif mis en place. Il peut tantôt faire intervenir un les médecins de l'éducation nationale qui depuis 1995 ont reçu des formations adéquates que ce soit en termes de méthodologie et de conduite de projet, d'éthique sur les questions de promotion de la santé. Il en va de même pour les infirmières qui peuvent profiter lorsqu'elles intègrent l'éducation nationale de formation continue concernant ces sujets. L'enseignant peut également faire appel à un partenariat extérieur mais celui-ci se heurte à certaines difficultés notamment sur la réalité du partenariat il s'agit d'une véritable mutualisation des objectifs, des moyens et des résultats et non pas simplement d'une demande de prestation de services¹¹⁴. L'exemple utilisé sur la prévention en matière de substances psycho actives montre bien les difficultés retrouvées non seulement dans la mise en œuvre des actions à réaliser sur des philosophies différentes selon les intervenants pressentis. La négociation tient alors une part extrêmement importante.

(c) Des initiatives cependant volontaires et originales

La création d'un réseau des IUFM¹¹⁵ sur la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives est l'initiative la plus originale dans ce domaine.

Comme le souligne D. JAYLE, président de la MILDT dans le lettre d'information^o 1¹¹⁶ : « *La prévention :axe prioritaire de l'action publique Il s'agit d'informer sur les dangers de la consommation de cannabis, la drogue illicite la plus consommée sur laquelle il convient de tenir un discours juste, ni diabolisant, ni banalisant...Comme est nécessaire que tous aient une connaissance suffisante des effets des produits psychoactifs et*

¹¹⁴ MÉRINI, (C.), De PERETTI, (C.), Partenariat externe et prévention en matière de substances psycho actives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ?, Santé publique, 2002, volume 14, n° 2, pp 147-164.

¹¹⁵ Sous l'impulsion en particulier de Didier JOURDAN, Professeur des Universités à l'IUFM d'Auvergne, de l'équipe de recherche PAEDI « Processus d'Action des Enseignants, Déterminants et Impacts », JE n° 2432.

¹¹⁶ Disponible sur www.iufm.education.fr et www.auvergne.iufm.fr

des signes de mal-être des jeunes, pour pouvoir donner l'alarme et mobiliser les réseaux. D'ici 2008, une prévention obligatoire des conduites addictives sera mise en place du CM2 à la Terminale. Cette prévention ne pourra être efficace que si tous les personnels de l'Education Nationale s'y impliquent. C'est pourquoi la MILDT a décidé d'apporter un soutien important au réseau des IUFM sur l'éducation à la santé et la prévention des conduites addictives afin que cette dimension essentielle soit effectivement prise en compte dans la formation initiale de tous les personnels, pour le bien-être et la réussite de tous les élèves. »

Ce projet, sous la responsabilité de la Conférence des Directeurs d'IUFM, fédère les IUFM en réseau autour des questions d'éducation à la santé et de prévention des conduites addictives.

Ce projet se décline selon quatre axes :

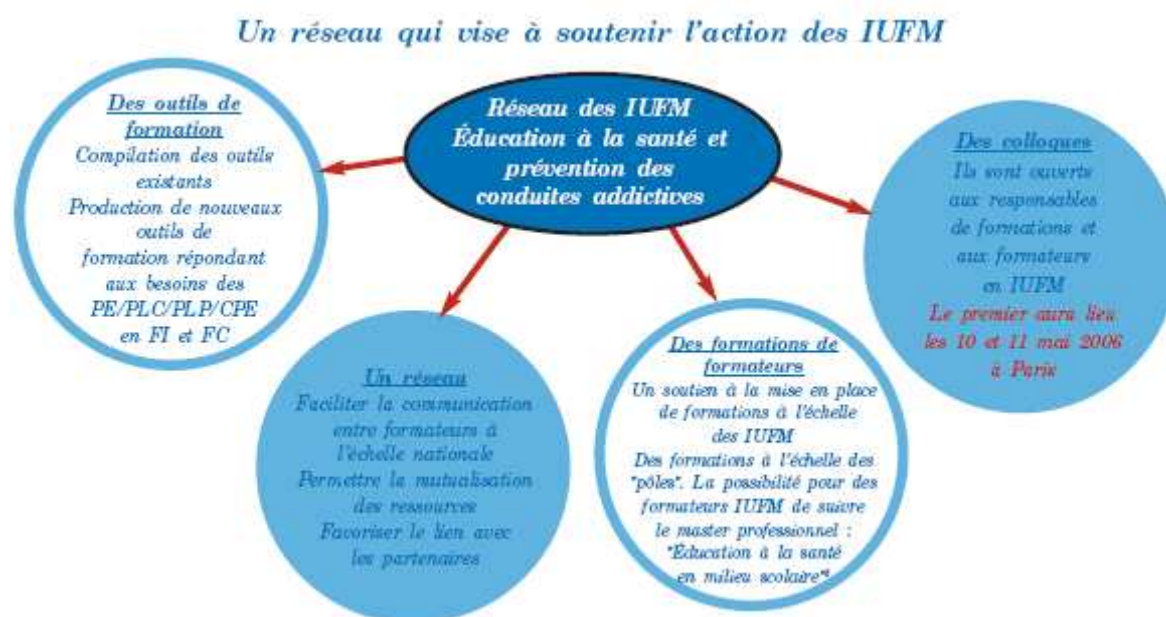
- Créer un réseau des IUFM sur les questions d'éducation à la santé et de prévention des conduites addictives
- Développer les formations de formateurs au niveau national
- Produire des outils destinés aux formateurs des 1er et 2nd degrés
- Organiser des colloques dynamisant l'implication des IUFM dans ces champs.

Ce réseau de formateurs est en lien avec les recherches conduites dans le domaine de l'éducation à la santé et de la prévention des conduites addictives. Des experts chercheurs venus de différents laboratoires (notamment PAEDI) contribuent au travail commun. De plus, une articulation avec les structures rectores : conseillers techniques (médecin, infirmier, assistant de service social) et corps d'inspection est indispensable au développement de la formation et de l'accompagnement des acteurs de l'éducation à la santé dans les établissements scolaires.

Un comité de pilotage auquel sont invités nos partenaires, des partenaires institutionnels et des experts a été constitué sous la responsabilité du président de la CDIUFM et du président de la MILDT. La MILDT s'est en effet engagée à soutenir la mise en réseau des IUFM, notamment au travers du volet formation. L'INPES

s'engage, pour sa part, à soutenir le colloque, la formation et la création d'outils. Un partenariat a été établi avec la MGEN.

Figure 12, Un réseau qui vise à soutenir les IUFM



Cette structure adossée à des intervenants impliqués est de nature à lever certaines difficultés relevées préalablement.

On vient de voir que même si l'Éducation nationale a fait de l'éducation pour la santé une de ses priorités, cette dernière connaît des difficultés de mise en œuvre que ce soit pour des raisons inhérentes au système ou aux personnes. N'était la création du réseau mentionné, peu d'initiatives ont abouti dans ce domaine. Cependant, comme on l'a vu, l'ouverture nécessaire sur l'extérieur crée de nouvelles difficultés avec des partenaires potentiels supposés détenir d'autres savoirs et d'autres savoir-faire. Parmi eux, on trouve les médecins.

B. Les Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine

Les médecins sont ceux qui sont le plus souvent cités pour informer par rapport à un problème de consommation de drogues et ce, de façon écrasante, 68, 8 %. Qu'en est-il de l'acquisition de connaissances spécifiques ?

(a) Le deuxième cycle des études médicales

Les six années de formation médicales avant l'internat sont divisées en deux cycles : le premier d'une durée de deux ans et le deuxième, d'une durée de quatre ans. C'est au cours de ce dernier que peuvent être abordées certaines notions qui nous intéressent.

En effet, dans le préambule du programme officiel défini dans l'arrêté du 10 octobre 2000 (qui modifie le précédent arrêté du 4 mars 1997 et de avis du CNESER du 21 février 2000), il est noté que : *« Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques et de capacités d'adaptation permettant aux étudiants d'exercer les fonctions hospitalières du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la filière dans laquelle ils s'engageront. En fin de deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique... »* puis *« ...Il est tout aussi essentiel que les étudiants soient aptes à informer les patients et leurs familles en termes simples et compréhensibles, pour mieux les associer aux décisions qui les concernent... »* et enfin *« Les enseignements ne doivent pas chercher à couvrir l'ensemble des champs disciplinaires, mais doivent considérer comme essentiel ce qui est fréquent ou grave ou constitue un problème de santé publique et ce qui est cliniquement exemplaire. Il revient en particulier aux enseignants de spécifier et de différencier ce qui appartient au deuxième cycle de ce qui relève du troisième cycle des études médicales, au cours duquel est acquise la professionnalisation »*.

L'organisation de l'acquisition des connaissances se fait à travers des modules transdisciplinaires au nombre de onze. C'est dans le module 3 "Maturation et vulnérabilité" dont les objectifs généraux sont : *« L'étudiant doit connaître les aspects normaux et pathologiques de la croissance humaine et de la maturation psychologique. Il doit*

être capable d'identifier et de savoir prendre en charge les comportements qui témoignent d'une fragilité de l'individu, en particulier à certaines périodes de la vie, afin de prévenir et dépister le passage à des conditions désocialisantes ou pathologiques » que l'on trouve l'objectif 45 « Addictions et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage » qui comprend « Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psychoactifs et substances illicites ».

Il est bien spécifié dans l'article 2-2 du présent arrêté que : « Pour chacun de ces thèmes, l'enseignement porte notamment sur les mécanismes fondamentaux des processus pathologiques en question, les facteurs psychologiques et d'environnement éventuellement impliqués, les éléments nécessaires au diagnostic et au dépistage, la pharmacologie des médicaments utiles à leur traitement, les modalités thérapeutiques recommandées y compris pour la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, les thérapeutiques substitutives, les traitements diététiques et de rééducation et la crénothérapie, les éléments d'une politique de prévention, y compris des risques iatrogènes, les notions indispensables d'épidémiologie, d'économie de la santé, et les aspects juridiques et éthiques ».

Il est prévu également dans le deuxième cycle des études médicales des enseignements optionnels dont : « l'un doit obligatoirement être choisi parmi l'un des modules suivants :

- anatomie descriptive et topographique ;*
- modèles animaux et mécanismes physiopathologiques ;*
- psychologie et neurobiologie ;*
- rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective ;*
- santé de la mère et de l'enfant ;*
- stratégie des examens de laboratoire ».*

Il n'est donc pas, par définition, obligatoire et peut-être complètement ignoré par les étudiants. Avec un peu de chance, une UFR qui favorise ces sujets et un choix de module optionnel adéquat, l'étudiant en médecine peut avoir entendu parler de la prévention de la consommation de cannabis.

L'optimisme nous pousse à reconnaître avec le Pr Pierre-Louis DRUAIS¹¹⁷ qu'un étudiant sur deux choisit le module concernant « le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective ». Y sont abordées notamment l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient qui seront reprises, le cas échéant, dans le diplôme d'étude spécialisé (D.E.S.) de Médecine générale.

Les études ne s'arrêtent pas là et il peut lors de son internat rencontrer d'autres opportunités.

(b) L'internat et la professionnalisation

Au terme des six premières années de formation, l'étudiant passe un examen national classant pour la première fois en 2007 à l'issue duquel son rang lui permettra de choisir sa spécialité, médecine générale ou toutes les autres pour lesquelles étaient prévues des maquettes spécifiques concernant le déroulement et le contenu des enseignements (arrêté du 22 septembre 2004 publié au J.O. du 6 octobre 2004).

Dans ceux du diplôme d'étude spécialisé (D.E.S.) de Médecine générale, on trouve le chapitre : « Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique », pour le D.E.S. de Psychiatrie, le chapitre : « Toxicomanies et dépendances » et celui de Santé Publique et de Médecine Sociale : « programmation des actions de santé et prévention ».

Il faut donc avoir cumulé la chance d'être dans la filière psychiatrie et d'avoir suivi le module optionnel du deuxième cycle pour au mieux avoir rencontré des notions sur la prévention et les addictions ou bien être un médecin généraliste ou de santé publique « concerné » par ce problème qui touche une partie non négligeable de la population et donc de la clientèle (patientèle) potentielle.

¹¹⁷ DRUAIS, (P.-L.), Éducation pour la santé : quel enseignement en médecine générale ? In Dossier « médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? », La Santé de l'Homme, 376, mars/avril 2005, pp 29-30 disponible en ligne sur www.inpes.sante.fr.

(c) Au-delà des études médicales

Dans le même numéro de « La Santé de l'Homme » déjà cité, I. VINCENT et M. KARRER¹¹⁸ s'interrogent les « vœux pieux » que constitue l'éducation pour la santé en médecine et à l'officine. Elles notent que les professionnels de santé sont de plus en plus sollicités par les différents organismes (pouvoirs publics, agences sanitaires, Assurance Maladie) pour remplir d'autres missions que les actes curatifs. *« Quels moyens financiers, organisationnels mais aussi de formation ont-ils à leur disposition ? Comment les aider à s'approprier et à mettre en pratique les nouvelles informations utiles à leur pratique ? Quelles peuvent être les leviers qui permettraient à chaque professionnel d'adopter dans sa pratique quotidienne non pas une attitude prescriptive de contrôle mais bien une attitude éducative, centrée sur les besoins et attentes du patient et dans le respect des personnes ? »* est bien la question centrale.

Aussi faut-il tenir compte *« qu'un discours non suivi d'effet risque d'instaurer entre professionnels et patients des relations de double contrainte qui risquerait fort de créer des tensions de plus en plus fortes entre les uns et les autres... »*

B. SANDRIN BERTHON¹¹⁹ considère pour sa part que l'éducation du patient fait partie intégrante de l'éducation pour la santé et n'est pas une entité indépendante. Nous aurons l'occasion d'y revenir quand nous développerons les concepts d'éducation pour la santé.

On voit bien cependant pour des médecins qui n'auraient pas été formés dans le cursus des études médicales (et ils sont légion) tout l'enjeu représenté par la Formation Médicale Continue (F.M.C.).

¹¹⁸ VINCENT, (I.), KARRER, (M.), Éducation pour la santé en médecine et à l'officine : sortir des vœux pieux ! In Dossier « médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? », La Santé de l'Homme, 376, mars/avril 2005, p 8 disponible en ligne sur www.inpes.sante.fr

¹¹⁹ SANDRIN-BERTHON, (S.), À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? In Dossier « médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? », La Santé de l'Homme, 376, mars/avril 2005, pp 40-42 disponible en ligne sur www.inpes.sante.fr

C. Les Instituts de Formation et de Soins Infirmiers

Les infirmiers (lire à chaque fois indifféremment infirmiers-infirmières) exercent une grande partie de leurs actes sous responsabilité et prescription médicales. Il ne faudrait cependant pas négliger à travers l'affirmation de leur rôle propre l'évolution de leurs prérogatives dans le cadre de leur identité professionnelle.

(a) Le programme des études

Tel qu'il est cité dans l'arrêté du 23 mars 1992, le programme des études d'infirmier a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier dont les caractéristiques seront les suivantes :

- un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation;
- un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité;
- un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.

(b) Durée de la formation

L'ensemble de la formation se déroule sur trois ans avec 129 semaines ou 4515 heures d'enseignement et 7 semaines ou 245 heures de suivi pédagogique, soit un total de 136 semaines ou 4760 heures. La formation est organisée en modules d'une durée de quarante à cent heures. Certains modules sont obligatoirement suivis par tous les étudiants, d'autres doivent être choisis par les étudiants sur une liste de modules optionnels portant notamment sur des disciplines fixées dans le programme.

La « santé publique », les « soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques » et les « soins infirmiers en pédiatrie et en pédopsychiatrie » font partie de trois des vingt deux modules

obligatoires. On peut espérer y trouver des notions concernant la prévention mais cela n'est pas écrit car il faut tenir compte de la liberté pour chaque équipe pédagogique d'organiser le déroulement et le contenu des enseignements.

Parmi les modules facultatifs, les étudiants doivent en choisir deux dans une liste de huit sachant que chaque école doit en proposer au moins quatre. Dans la liste des modules proposés, seuls deux pourraient contenir des notions concernant les addictions ; il s'agit de « soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques (approfondissement 1) » et de « soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques (approfondissement 2) ». On peut sans doute trouver des éléments concernant la prévention dans un troisième module intitulé « soins de santé primaires et communautaires » avec les mêmes réserves que ci-dessus.

(c) Les stages

Chaque année, les étudiants doivent en outre effectuer des stages en rapport avec l'enseignement de l'année. Un stage de psychiatrie ou de santé mentale est obligatoire chaque année, de même qu'un stage de santé publique en première et troisième années. Ces stages s'effectuent en milieu hospitalier et en milieu extrahospitalier dans des structures bénéficiant d'un encadrement adapté. Là aussi, l'organisation des stages relève de la compétence des instituts de formation en soins infirmiers en collaboration avec les responsables des structures d'accueil.

(d) Définition du rôle propre infirmier

Le décret 2004-802 du 29/07/04 paru au J.O. du 09/08/04 (reprenant les termes du décret 2002-194 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier paru dans le J.O. du 16 février 2002) note dans son LIVRE III, titre 1^{er} concernant la profession d'infirmier ou infirmière dans l'article R. 4311-1 « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.* » et dans le suivant R.4311-2 « *Les soins infirmiers,*

préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle... »

D. Les unités de formation d'éducateurs spécialisés

La formation d'éducateur spécialisé (lire aussi à chaque fois éducatrices spécialisées) est régie par l'arrêté du 6 juillet 1990 fixant les modalités de sélection et de formation des éducateurs spécialisés, d'organisation des examens pour l'obtention du diplôme d'Etat et conditions d'inscription et d'agrément des centres de formation et conditions d'agrément des directeurs et responsables d'unité de formation dans sa version consolidée suite à l'arrêté du 12 mars 2004.

On trouve dans l'annexe II de ce document les principes et contenus pédagogiques de la formation. Il est énoncé que : *« L'éducation spécialisée concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences psychiques, physiques ou des troubles du comportement ou en difficulté d'insertion, en collaboration avec tous ceux qui participent à l'action éducative, thérapeutique et sociale. »*

La formation à une pratique professionnelle de l'éducation spécialisée dispensée en 1450 heures et quinze mois de stages est fondée sur:

- un programme structuré à partir d'objectifs professionnels en U.F. (Unité de Formation)
- une articulation poussée entre des enseignements théoriques et des stages, dans le cadre d'une pédagogie d'alternance indispensable dans une formation à visée professionnelle.

Les U.F. obligatoires sont au nombre de huit et sont dénommées comme suit :

UF1 : Pédagogie générale, relations humaines ;

UF2 : Pédagogie de l'expression et techniques éducatives ;

UF3 : Approches des handicaps, des inadaptations et pédagogie de l'éducation spécialisée : dans son approche « Normes et déviances » mais également idéalement dans les parties 3. «Apprentissage de l'autonomie et construction identitaire » et 4. « Intégration des normes sociales (intégration/différenciation) »

UF4 : Vie collective ;

UF5 : Economie et société ;

UF6 : Unité juridique ;

UF7 : Culture générale professionnelle :on peut y trouver une section « Education à la vie »(unité de formation régie par l'arrêté du 20 octobre 1986 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale, adaptée à un public d'éducateurs spécialisés qui pourrait concerner des actions éducatives préventives ;

UF8 : Unité de spécialisation Cette unité peut en tout ou partie être dispensée dans un établissement ou service éducatif par voie de convention passée avec le centre agréé et sous sa responsabilité pédagogique. Chaque centre agréé doit proposer le choix entre au moins quatre unités de spécialisation parmi lesquelles on trouve en 12. « Lutte contre la toxicomanie » ;

On voit bien là aussi que la prévention ne fait pas partie des préoccupations majeures de cette formation même si les toxicomanies peuvent être abordées dans des écoles et pour des étudiants intéressés et « engagés ».

E. Conclusion

On voit bien qu'à part des initiatives locales portées par des femmes et hommes engagés (le réseau IUFM sur la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives) et malgré des préconisations et incantations, il n'y a pas de généralisation d'une approche globale de ces problèmes par les

différents intervenants. On ne sait pas non plus quelle peut être la position de ces derniers quant à la pertinence des actions à mener compte tenu de leur vécu personnel et de leur identité professionnelle naissante. Il nous paraît donc important de connaître les opinions de ces acteurs face en particulier au cannabis qui pose un problème de représentation au niveau de la société et dont on ne connaît pas a priori les représentations chez ces acteurs de prévention en formation compte tenu de la proximité d'âge relevée chez les consommateurs et des représentations sociales affichées dans les enquêtes.

Chapitre 3 :

démarche de problématisation, interrogation sur un paradoxe

Les acteurs de Prévention (AP) en formation ont plus expérimenté et fument actuellement plus de cannabis que la population générale.

Comme nous l'avons vu dans le champ scolaire, ce sont d'abord les enseignants, les infirmières scolaires et hors milieu scolaire les éducateurs et les travailleurs sociaux qui sont les porteurs des actions de santé et de prévention. Dans la mesure où notre activité de recherche touche aux dispositifs de prévention, nous avons choisi de nous pencher sur les conceptions déclarées des professeurs des écoles stagiaires, des infirmiers et des éducateurs spécialisés en formation. Comme elles seront en contact avec de futurs consommateurs, nous pensons que les conceptions déclarées sont le reflet de représentations dont l'influence sur la pratique professionnelle est largement incidente. Pour ce faire, il importe de mieux connaître les futurs acteurs de prévention et d'éducation à la santé (les étudiants éducateurs, infirmiers et les futurs professeurs) et de recueillir leurs conceptions à l'entrée de leur futur métier au sujet des produits licites et illicites, du cannabis, de sa dangerosité et de tenter d'évaluer la qualité de leur relation à ces produits.

1. Une analyse préalable

Dans un travail préliminaire¹²⁰ réalisé en 2003/2004, nous avons choisi d'utiliser des outils déjà validés et d'appliquer un questionnaire et une méthodologie d'enquête similaires à celle de l'étude EROPP 2002 (déjà évoquée dans la partie sur les représentations sociales du cannabis) qui a pour but d'apprécier l'impact des

¹²⁰ BERGER, (D.), COURTY, (P.), Futurs acteurs de prévention et cannabis, Revue française de Santé Publique, 2007, Vol. 19, n° 5, (en cours de publication)

politiques publiques et de décrire la diversité des conceptions afin d'aider à la mise au point des actions d'information et de prévention. Nous avons obtenu l'autorisation de l'OFDT pour l'utiliser auprès de nos populations cibles.

Notre objectif est de décrire et de comparer les différents groupes en formation en ce qui concerne leurs connaissances, leurs conceptions déclarées sur le cannabis à la fois entre eux mais également par rapport à la population de référence de l'enquête EROPP 2002. Les conceptions déclarées renvoient aux représentations sociales dont peuvent disposer les personnes en formation interrogées sur la consommation de cannabis en France.

Les principaux thèmes abordés dans notre étude sont les perceptions de la dangerosité des substances psychoactives, les craintes qu'elles suscitent et le niveau d'acceptabilité des mesures de politique publique relatives aux drogues.

Trois groupes principaux ont été constitués comprenant la totalité des étudiants et stagiaires en formation et présents lors de la passation :

- Professeurs des écoles stagiaires (N= 79 exploités sur 80 récoltés) ;
- Infirmiers en formation (N=135 questionnaires exploités sur 137 récoltés, 82 pour la première année, 55 pour la deuxième) ;
- Educateurs spécialisés en formation (N=86, 33 de première année, 30 de seconde année et 21 moniteurs éducateurs de première année).

Nous avons recueilli 300 questionnaires (à mettre en parallèle avec les 2009 de l'enquête EROPP 2002). Nous avons choisi de travailler pour l'analyse des résultats avec le logiciel EPI Info 6.04d, version française, mis à disposition par l'Organisation Mondiale de la Santé (Freund 1999).

Compte tenu du nombre important de questions de l'enquête (plus de 90), nous en avons privilégié certaines en rapport avec notre question de départ concernant la prévention de la consommation de cannabis. Comme dans le questionnaire EROPP, les termes de drogues et de toxicomanies ainsi que « drogues douces » et « drogues dures » ont été évités pour ne pas induire de jugements de valeur.

Dans un premier temps, les réponses du groupe dans son ensemble sont présentées assorties des différences de résultats en fonction du genre qui apparaît comme discriminant. Dans un second temps, le groupe global d'étude a été comparé à la population générale. Enfin, une comparaison groupe à groupe a été réalisée afin d'identifier les similitudes ou les écarts entre les différentes populations à travers un nombre de questions ciblées et significatives sélectionnées dans le premier temps.

A. Résultats

L'échantillon étudié est différent de la population française. Il montre une surreprésentation nette d'éléments féminins (250 personnes sur 300 soit 83,3 %). L'âge moyen de l'échantillon global est de 25,2 ans ($\pm 5,7$ ans, extrêmes de 18 à 48 ans) identique pour les hommes (25,5 ans, extrêmes de 22 à 48 ans) et les femmes (25,2 ans, extrêmes de 18 à 47 ans). L'importance de la proportion féminine n'influence pas la moyenne globale ce qui rend l'échantillon relativement homogène.

Sur la dangerosité du cannabis, (Tableau 9) le groupe étudié estime que le cannabis est dangereux dès le premier essai à 27,8%, en consommation occasionnelle à 21,4 % et 49,2 % de la population étudiée estime que la « consommation quotidienne est dangereuse » (question EROPP). Les femmes expriment généralement une opinion (Tableau 10) plus sévère que les hommes. L'opinion publique telle que décrite dans EROPP 2002 a une opinion bien différente car elle considère qu'il est dangereux de fumer du cannabis dès qu'on essaye à 50,8 % et simplement à partir du moment où on en fume tous les jours à 32,5 %. Les tableaux suivants synthétisent les résultats concernant les produits et le risque qui y est lié, les représentations du danger, la prise en charges des personnes.

Tableau 9, Les produits et le danger

	héroïne	ecstasy	cocaïne	alcool	tabac	cannabis
	Eropp	Eropp	Eropp	Eropp	Eropp	Eropp
le produit le plus dangereux	57 42,6	16 21,4	13 19,3	11 6,9	4 3,4	0 2
le plus difficile à arrêter quand on a commencé				28 27	60 47,7	11 21
deuxième produit le plus difficile à arrêter				48,3 42,6	26 28,1	25,7 23,3

Tableau 10, La peur des produits

		Eropp
Peur de prendre ne serait-ce qu'une seule fois du haschisch	43 % (H 19 % vs F 48 %)	65,2 %
Peur de prendre ne serait-ce qu'une seule fois de l'héroïne,	97 %	94,1 %
Peur de prendre des médicaments.	49 %	52,1%

Tableau 11, Les opinions exprimées

	en accord		opposés	
		Eropp		Eropp
la théorie de l'escalade	47 %	69,8%	53 %	28,8 %
l'interdiction légale considérée comme une atteinte à la liberté individuelle	44 %	31 %	56 %	60,3%
l'autorisation de la consommation de cannabis dans certains cas	49 % (H 70% vs F 45 %)	34,5%	51 %	65.2 %
la vente libre du cannabis de façon identique à celle du tabac ou de l'alcool,	32,2 %	23,9 %	68 %	75,5 %
la notion d'un monde sans drogue	8%	25,2%		

Tableau 12, La prise en charge thérapeutique

	En accord	Eropp	opposés
l'obligation de soins pour tous les consommateurs de drogues interdites lorsqu'ils sont interpellés par la police,	86 %	91,2 %	14 %
L'obligation de soins pour les fumeurs de cannabis,	74 % (H 43 % vs F 75 %)	77 %	26 %
la possibilité de prescription du cannabis thérapeutique	74 % (H 86 % vs F 71 %)	74,6 %	26 %
la création de centres de soins spécialisés pour toxicomanes	92,6 %	94,9 %	7 %
La création de tels centres dans son quartier,	86 %	78 %	16 %
La notion de réduction des risques	80 %	80 %	20 %

Tableau 13, La proximité des produits

		Eropp
connaissent un consommateur de cannabis	81 %	40,1 %
connaissent un consommateur d'autres substances interdites	37 %	16,2 %
consomment du cannabis	61 % (H 82 % vs F 57 %)	23,2 %
Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois,	49 % (H 71 % vs F 44 %)	8,5 %
consommation de drogues illicites autres que le cannabis	14 % (H 28 % vs F 12 %)	4,2 %
consommation de drogues illicites dans les douze derniers mois	5 % (H 14 % vs F 3 %)	0,6 %
S'être vu proposé des drogues illicites autres que cannabis	34 % (H 54 % vs F 30 %)	14,5 %

A propos de l'information à l'école sur les drogues, notre échantillon pense qu'elle est suffisante à 5 % (vs 14,1 % Eropp). Cette information est jugée utile dans 93 % (vs 94,9 % Eropp). Enfin 8 % des futurs acteurs de prévention (vs 7,5 % Eropp) jugent cette information dangereuse.

Les personnes interrogées se sentent bien informées sur les drogues à 62 % (vs 61 % Eropp). Par contre dans notre échantillon, il existe une très nette différence entre les hommes et les femmes, les hommes pensant être très bien informés à 74 % des cas alors que les femmes ne le pensent 59 % des cas. On pourra mettre ceci en parallèle avec la plus grande fréquence de consommation de produits chez les hommes.

La question sur la proportion de personnes qui a déjà fumé du cannabis en France montre dans notre échantillon que : 10 % des gens pensent que cela représente de 0 à 20 % de la population, 29 % de notre échantillon pense que cela concerne 21 à 50 % de la population, 60% de notre échantillon pense que plus de 50 % ont fumé du cannabis au moins une fois en France.

Les personnes interrogées se différencient de la population générale (EROPP) en ce qui concerne la fréquence de consommation de drogues illicites et en particulier de cannabis. Cette différence est encore plus marquée en ce qui concerne les hommes et tranche également par rapport à la tranche d'âge qui leur correspond dans l'enquête Eropp 2002 (celle des 18/25 ans). De la même façon, les opinions des hommes concernant le haschisch dans notre population d'étude les différencient nettement de la population générale.

B. Les différents acteurs suivant leur formation initiale :

(a) Les professeurs des écoles

Ils ont globalement des réponses proches de celle du groupe dans son ensemble. Néanmoins, ils se différencient en étant plus favorables à l'obligation de soins pour les fumeurs de cannabis (85 % vs 70 %), ils se disent moins bien informés sur les drogues (50 % vs 67 %), ils ont plus peur de consommer du haschisch que le

groupe dans sa totalité (57 % vs 43 %). C'est sans doute aussi la raison pour laquelle ils en ont moins consommé (42 % vs 61 %). Ils sont même en deçà de la consommation de la population générale à cet âge. Pour ceux qui l'ont fait, ils sont seulement un tiers à continuer leur intoxication alors que la population enquêtée la poursuit à 49 %. De la même façon, ils sont très peu nombreux à avoir consommé une drogue interdite autre que le cannabis et se sont moins vus proposer ces autres produits illicites. Enfin, ils ont une opinion quasi identique au groupe dans sa globalité sur l'estimation du nombre de personnes ayant déjà fumé du cannabis en France. Il n'y a pas dans ce groupe de différences significatives de réponses entre les hommes et les femmes.

(b) Les élèves infirmiers de première année

Ils trouvent bien plus souvent que la population enquêtée (40 % vs 28 %) qu'il est dangereux de fumer du cannabis dès qu'on a essayé. Ils se sentent également beaucoup mieux informés sur les drogues (71 % vs 62 %). Ceci n'est pas trop étonnant compte tenu de leur métier. Au sein de ce groupe, les femmes significativement se sentent encore mieux informées que leurs collègues masculins. Ils sont très peu nombreux à avoir plus peur de prendre du haschisch que la moyenne, c'est sans doute pourquoi ils sont légèrement plus à l'avoir fait que dans le groupe global (67 % vs 61 %). Ils sont par contre moins nombreux (41,3 % vs 49,3 %) à l'avoir fait au cours des douze derniers mois. Les autres réponses sont proches de celles du groupe y compris celle concernant l'estimation de consommation de cannabis en France.

(c) Les élèves infirmiers de deuxième année

Ils sont plus nombreux à penser que fumer du cannabis est dangereux dès qu'on essaye. Ils sont beaucoup moins favorables à l'autorisation de consommer du cannabis que la moyenne du groupe. Ils ne sont pas particulièrement pour l'autorisation de prescription de cannabis thérapeutique. Contrairement aux premières années, ils se sentent moins bien informés sur les drogues. Ils ont beaucoup plus peur de prendre du haschisch que la population générale (63 % vs 42 %) et pour ceux qui l'ont fait, ils sont beaucoup moins nombreux à l'avoir fait que le reste de la

population étudiée (36 % vs 49 %). Ils sont seulement 2 % à avoir consommé une autre drogue que le haschisch. Leur estimation de la consommation de cannabis en France montre que près de la moitié pense que 21 à 50 % de la population a déjà fumé ce qui est différent de la globalité du groupe. Il n'y a aucune différence significative entre les hommes et les femmes.

(d) Les élèves éducateurs de première année

Ils pensent de façon forte qu'il est seulement dangereux de fumer du cannabis à partir du moment où on en fume tous les jours (74 % du groupe). Ils sont 72 % à être favorable à la libéralisation de consommation du cannabis. Ils pensent beaucoup moins souvent que les autres que l'obligation de soins pour les fumeurs de cannabis est une bonne chose. Ils sont favorables à 89 % à la prescription de cannabis thérapeutique. Ils pensent plus souvent que les autres que l'information à l'école sur les drogues est suffisante. Ils se sentent très bien informés sur les drogues à 83 %. Ils ne sont que 9 % à avoir peur de prendre du haschisch ne serait-ce qu'une seule fois et c'est sans doute la raison pour laquelle ils sont 100 % de ce groupe à avoir consommé. De même, ils sont 80 % de ce groupe à continuer leur intoxication. Ils sont aussi le groupe qui a consommé à 43 % une autre drogue que du cannabis et 20 % à continuer d'en prendre dans des douze derniers mois. Enfin, ils estiment de façon forte (80 %) que les Français ont consommé du cannabis à plus de 50 %. Les réponses de ce groupe sont assez homogènes et il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes.

(e) Les élèves éducateurs de deuxième année

Ils pensent de façon identique à leurs collègues de première année qu'il est dangereux de fumer du cannabis à partir du moment où on en consomme tous les jours dans 73 % des cas. Ils sont 77 % à être pour la libéralisation de consommation de cannabis et pensent moins souvent que la globalité du groupe que l'obligation de soins pour les fumeurs de cannabis est une bonne chose. Ils sont également très favorables (87 %) à la prescription de cannabis thérapeutique. Ils ne sont que 23 % à avoir peur de prendre du cannabis ne serait-ce qu'une seule fois contre 43 % de l'échantillon. Ils sont 80 % du groupe à avoir déjà consommé du cannabis et 68 % à

continuer de l'avoir fait dans les douze derniers mois. Ils sont 23 % du groupe avoir déjà consommé une autre drogue et 3 % à continuer de le faire. Enfin, leur opinion sur la consommation de cannabis en France est identique au groupe global.

(f) Les élèves moniteurs éducateurs

Moins fréquemment que les deux précédents groupes, ils sont cependant 55 % à penser qu'il est dangereux de consommer du cannabis à partir du moment où on en fume tous les jours. Leur opinion concernant la libéralisation du cannabis est identique à celle du groupe global. Ils pensent plus souvent que les autres groupes que l'obligation de soin pour les fumeurs de cannabis est une mauvaise chose et il semble exister une différence entre les hommes et les femmes. Ils ont une opinion moins favorable que la moyenne au cannabis thérapeutique. Il n'y a pas de différences ressenties sur l'information sur les drogues. Ils ne sont que 20 % à avoir peur de prendre ne serait-ce qu'une seule fois du cannabis et sont 75 % à l'avoir fait. 56 % ont continué leur intoxication dans les douze derniers mois. 20 % d'entre eux ont déjà consommé une autre drogue et 6 % l'ont fait au cours des douze derniers mois comme la globalité du groupe. Par contre, ils sont 71 % à penser que plus de 50 % de personnes en France ont déjà consommé du cannabis.

C. Discussion

Les limites de cette étude existent et sont facilement perceptibles. La représentativité de l'échantillon peut être contestée en raison de la limitation géographique de l'étude et du nombre de personnes interrogées. Cependant, la structure de notre échantillon est comparable de celles des professionnels concernés en formation. La faiblesse relative de la proportion masculine a cependant laissé une empreinte importante dans les résultats mais constitue une constante de ces professions.

Au delà de ces limites, les réponses apportées par les personnes en formation interrogées qui ont rempli notre questionnaire suscitent un certain nombre de réflexions. Tout d'abord, elles montrent une importance plus forte de la consommation par rapport à une classe d'âge identique de la population générale

(classe 18-34 ans sur EROPP). Enfin, chez toutes les personnes interrogées, il y a une surestimation en miroir de la consommation de cannabis au niveau de la population générale.

Ensuite, elle confirme l'information que les hommes sont plus consommateurs que les femmes et ce de façon significative (Odds ratio=3,43 et risque relatif=1,44 et sur les 12 derniers mois $p=0,0046$). Le fait d'avoir consommé et le fait de consommer encore constitue ce que nous appellerons la proximité de la consommation modifie de façon nette et sensible les opinions concernant le cannabis. La dangerosité est moins perçue, les opinions sur la théorie de l'escalade ou encore sur la dépénalisation et la vente libre de ce produit sont prégnantes. Par ailleurs, le constat de consommation supérieure chez les hommes, ne se démontre pas dans le constat de différences significatives au niveau d'un groupe entre les hommes et femmes mais dans la sommation des différents groupes. Ceci donne une différenciation significative au niveau de l'ensemble de la population enquêtée.

Au sein de la population étudiée, les groupes d'éducateurs en formation ou de moniteurs éducateurs expriment des positions extrêmes concernant la consommation, les opinions et les représentations favorables du cannabis. À l'opposé, les professeurs des écoles en formation ont une attitude beaucoup plus "raisonnable" voire plus timorée qui semble peu basée sur des expériences personnelles mais sur des opinions plus proches de la population générale. Ils se situent beaucoup plus sur des positions « normatives ». Enfin, les infirmiers en formation présentent une position intermédiaire et ont conscience d'une dangerosité effective de la consommation de cannabis qui semble liée non seulement à leur formation spécifique mais également au fait de fréquenter ce type d'utilisateurs dans les différents services où ils ont eu à faire des stages pratiques.

Néanmoins, il ne faudrait pas tirer des conclusions hâtives et jeter l'opprobre sur une population. Des travaux ultérieurs^{121,122} ont montré que ces différences entre

¹²¹ COURTY, (P.), SIMEONE, (A.), GARDOU, (C.), GERBAUD, (L.), Opinions, perceptions and representations of cannabis amongst potential health educators in training in France, Abstracts for the Sixty-seventh annual scientific Meeting College on Problems of Drug Dependence (CPDD), 2005, Orlando, FL. (U.S.A.), en ligne sur www.cpdd.org

lieux de formation disparaissaient en analyse multivariée au profit d'autres variables notamment de l'âge et du genre.

Nous avons donc procédé à un travail d'analyse de régression logistique sur deux questions : Tout d'abord, la question 77 : Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ou du haschisch ? (Une régression logistique, dont les variables explicatives sont les items retenus lors des tests du χ^2 , items ayant une relation statistiquement significative avec l'item Q77, effectuée à l'aide du logiciel SAS, la méthode de sélection étant ascendante) puis la Q78 : Pour ceux (celles) qui ont déjà fumé (du cannabis ou du haschisch), l'avez-vous fait au cours des 12 derniers mois ? (De même, une régression logistique, dont les variables explicatives sont les items retenus lors des tests du χ^2 , items ayant une relation statistiquement significative avec l'item Q78, est effectuée à l'aide du logiciel SAS, la méthode de sélection étant ascendante).

Les résultats montrent que pour la question concernant l'expérimentation (Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ou du haschisch ?)

- Les personnes n'ayant pas peur de prendre du haschisch, ne serait-ce qu'une seule fois,
- Les personnes estimant que l'information à l'école sur le tabac est inutile,
- Les personnes qui ne sont pas d'accord avec le fait que fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux,
- Les personnes donnant un pourcentage assez élevé d'individus ayant déjà fumé au moins une fois dans leur vie du cannabis,

Ont plus de chance d'avoir déjà consommé, au cours de leur vie, du cannabis ou du haschisch.

Par contre, les personnes qui ne fument pas de tabac, ne serait-ce que de temps en temps, les personnes qui ne connaissent pas le livret d'information de la

¹²² COURTY, (P.), Opinions, perceptions et représentations du cannabis chez les acteurs de prévention en formation, VIIème Colloque International Toxicomanies –Hépatites- SIDA- 11/15 octobre 2005- Arles, France.

MILDT, ou qui en ont seulement entendu parler, ont plus de chance de ne pas avoir déjà consommé, au cours de leur vie, du cannabis ou du haschisch.

Pour la question de la consommation récente (Pour ceux (celles) qui ont déjà fumé (du cannabis ou du haschisch), l'avez-vous fait au cours des 12 derniers mois ?); les personnes qui sont plus âgées, les personnes de sexe féminin, les personnes qui ne sont pas d'accord avec le fait qu'il faudrait permettre aux consommateurs d'héroïne très dépendants et marginalisés de recevoir de l'héroïne sous contrôle médical, les personnes qui ne sont pas du tout d'accord avec le fait qu'on peut arriver à ce que personne ne se drogue, ont plus de chance de ne pas avoir fumé du cannabis ou du haschisch au cours des 12 derniers mois.

Au contraire, les personnes qui sont sans religion ou d'une religion différente de catholique, les personnes n'ayant pas peur du tout de prendre du haschisch, ne serait-ce qu'une seule fois, les personnes qui pensent qu'il devient dangereux pour la santé de prendre de la cocaïne à partir du moment où on en prend tous les jours ou que ce n'est jamais dangereux, les personnes qui pensent que le fait que la loi prévoit une obligation de soins pour tous les consommateurs de drogues interdites, lorsqu'ils sont interpellés par la police, est une mauvaise chose, ont plus de chance d'avoir fumé du cannabis ou haschisch au cours des 12 derniers mois.

On voit que ce qui est statistiquement lié à la prise ou non de cannabis sont :

- l'âge, le sexe (facteurs sociodémographiques « indépendants » du milieu,
- la religion (que l'on peut qualifier de facteur sociodémographique lié au milieu) qui fait partie de la construction identitaire,
- la peur et le danger (ce que l'on peut dénommer la prise de risque) qui fait aussi partie de la construction identitaire mais avec un versant de connaissance qui peut se rapprocher de la construction professionnelle.

Le fait de consommer et d'avoir des idées particulièrement extrêmes sur la consommation de cannabis et ses effets risque d'influencer de façon radicale les messages de prévention susceptibles d'être véhiculés par les différentes professions dans le cadre de leurs différentes missions.

Quand on sait que les représentations sociales renvoient aux champs et aux pratiques des intervenants, on peut se poser la question de savoir quelle est l'influence de ces représentations et opinions sur le travail quotidien. Néanmoins, le substrat scientifique n'a que peu de poids face à l'imaginaire social et que les représentations sont des concepts qui évoluent très lentement au niveau social.

Dans ce domaine la variabilité et la disparité des opinions sont la règle. Les articles sur le sujet sont essentiellement anglo-saxons^{123, 124, 125, 126, 127}.

Tout d'abord, l'étude de MILES¹²⁸ a porté sur des jumeaux et a tenté d'étudier les paramètres suivants : la recherche de sensation, les conduites à risque et l'usage de marijuana. Il n'existe pas, pour eux, de différence significative entre les facteurs innés et acquis en ce qui concerne la prise de risque et usage de marijuana. Il souligne qu'il aurait fallu faire une analyse plus fine entre ceux qui ont consommé une fois et ceux qui sont des consommateurs réguliers.

D'un autre côté, GORMAN¹²⁹ a proposé une méta-analyse d'études longitudinales concernant les traits de caractère et la consommation de marijuana. En général, les traits de caractère renvoient à une attitude particulière en termes de

¹²³ MILES, (D.R.), Van den BREE, (M.B.M.), GUPMAN, (A.E.) et al., A twin study on sensation seeking, risk taking behavior and marijuana use, *Drug And Alcohol Dependence*, 62 (2001) 57-68.

¹²⁴ GORMAN, (D.M.), DERZON, (J.H.), Behavioral traits and marijuana use and abuse: A meta-analysis of longitudinal studies, *Addictive behaviors* 27 (2002) 193-206.

¹²⁵ MILICH, (R.) LYNAM, (D.), ZIMMERMAN, (R.) et al., Differences in young adult psychopathology among drug abstainers, experimenters and frequent users, *Journal of substance abuse*, Volume 11, number 1, pages 69-88.

¹²⁶ BORAWSKI, (E.A.), IEVERS-LANDIS, (C.E.), LOVEGREEN, (L.D.), TRAPI, (E.S.), Parental monitoring, Negotiated Unsupervised Time and Parental trust: The role of Perceived Parenting Practices in Adolescent Health Risk Behaviors, *Journal of adolescent health*, 2003; 33: 60-70.

¹²⁷ SIMONS, (J.), CAREY, (K.B.), Attitudes toward marijuana use and drug-free experience: relationships with behavior, *Addictive behaviors*, Vol.25, N° 3, pp 323-331, 2000.

¹²⁸ MILES, (D.R.), VAN DEN BREE, (M.B.M.), GUPMAN, (A.E.) et al., op.cit.

¹²⁹ GORMAN, (D.M.), DERZON, (J.H.), op. cit.

comportement. Ils peuvent être mis en perspective avec le non usage, l'expérimentation ou l'usage régulier de cannabis.

Les personnalités qu'il dénomme « non conventionnelles » que l'on pourrait qualifier de pré psychopathique (ou tout simplement d'adolescents rebelles) ont plus tendance à consommer de la marijuana. Par contre, il n'y a pas de facteurs favorisant pour celles qui ont une opinion négative du produit ou celles qui sont émotionnellement fragiles.

Le fait d'avoir consommé de la drogue (le cannabis) une fois, ce que nous nommons chez nous les expérimentateurs, n'est pas un facteur prédictif de la consommation ou d'une attitude particulière ultérieure.

MILICH et al¹³⁰ dans leur article, reprenant la proposition assez provocante de SHEDLER & BLOCK¹³¹ qui énonçait que ceux qui expérimentaient la drogue étaient en meilleure santé que ceux qui étaient complètement abstinents, nous proposons une analyse sur trois groupes : premièrement, ceux qui sont totalement abstinents ; deuxièmement, ceux qui sont expérimentateurs ; troisièmement, les abuseurs ou consommateurs réguliers. Son étude montre que les abstinents complets sont quelquefois en meilleure santé mais pas toujours. Par contre, les abuseurs présentent plus fréquemment des troubles psychologiques. Enfin, cette classification semble plus prédictive ou plus parlante que celle concernant la consommation d'alcool.

BORAWSKI¹³² s'intéresse plus particulièrement aux attitudes parentales en ce qui concerne la négociation des sorties à l'extérieur, la surveillance du temps libre et la consommation de produits chez les adolescents. On peut rapprocher ce travail de l'étude qui avait été faite dans l'état du Montana que nous avons déjà citée (Not my Little Angel !). Les résultats sont assez difficiles à interpréter. Cependant, se détache un facteur particulier : la confiance établie entre les filles et leurs parents est un facteur de dissuasion important des conduites à risque alors qu'il est absolument sans effet sur les attitudes des garçons.

¹³⁰ MILICH, (R.) LYNAM, (D.), ZIMMERMAN, (R.) et al, op.cit.

¹³¹ SHEDLER, (J.), BLOCK, (J.), Adolescent drug use and psychosocial health, American Psychology 1990, 45 : 612-630

¹³² BORAWSKI, (E.A.), IEVERS-LANDIS, (C.E.), LOVEGREEN, (L.D.), TRAPI, (E.S.), op. cit.

Enfin, l'étude de SIMONS & CAREY (déjà citée) prouve que la perception que les gens ont de la non-dangereuse supposée du produit entraîne une consommation plus importante de marijuana. Ceux qui perçoivent la drogue sous un jour favorable consomment généralement plus mais ce n'est pas toujours le cas. Certaines personnes, minoritaires certes, sont capable de faire la part des choses et n'associent pas la non dangereuse supposée et la consommation. Par contre, le fait que les personnes craignent la prise de drogue est un facteur de protection important.

Ces études confirment les éléments que nous avons déjà rencontrés : les garçons sont moins sensibles aux informations que les filles concernant les produits et ont plus tendance à prendre des risques. Cependant, il est extrêmement intéressant de noter que les non-consommateurs se recrutent à la fois chez ceux qui ont une peur absolue de prendre des produits mais également chez ceux qui sont particulièrement informés. Cette dernière information nous semble être une note positive dans des actions à entreprendre ultérieurement.

Le temps de la formation initiale des différents acteurs apparaît donc comme un moment important pour la mise en place d'un corpus de connaissances concernant les drogues et notamment le cannabis mais également sur les réalités concernant la consommation de haschich dans notre pays. Nous avons vu précédemment que ça n'était pas toujours le cas. Néanmoins, l'information peut arriver par d'autres « canaux » que sont la famille où les pairs dont les opinions et attitudes jouent un rôle également structurant dans la construction identitaire de l'individu.

D. Souligner un paradoxe

Les acteurs de prévention que nous avons enquêtés montrent des caractéristiques remarquables notamment quant à la consommation de cannabis actuelle et dans son expérimentation particulièrement chez les garçons du groupe. Ils ont tendance à surestimer la consommation de l'ensemble de la population française et ce d'autant plus qu'ils sont consommateurs. Ils ne croient pas à la théorie de l'escalade et ont par ailleurs moins peur de consommer des produits illicites tels que le cannabis, bien entendu, mais également l'ecstasy et la cocaïne. Par contre, ils pensent que l'alcool est un produit plus dangereux que la population générale.

Malgré ces surconsommations, ils sont cependant censés être ceux qui vont mener des actions de prévention de par leur orientation professionnelle. Nous l'avons vu même si toutes les formations présentées ne mettent pas toutes en avant de façon explicite la nécessité de prévention de consommation de cannabis, certaines ont clairement inscrit cette nécessité et cette possibilité (les professeurs des écoles) dans leurs programmes de formation. Pour les autres, c'est la société qui leur attribue ce rôle (les médecins et les infirmiers) ou bien leur fonction dans différentes institutions (médecins, infirmiers et éducateurs dans divers lieux de prévention généralistes ou les centres de soins spécialisés), les obligations de formation étant peu détaillées dans les différents programmes.

Cette attitude nous paraît a priori paradoxale d'autant plus qu'il existe des interdits sociaux marqués par la loi et que ces acteurs seront peu ou prou employés dans des structures publiques ou rendant un service public de prévention.

E. Les raisons du paradoxe

Les explications que nous pouvons avancer peuvent être de nature sociodémographique. On sait que les garçons (ce que vérifie notre travail préliminaire) sont bien plus consommateurs que les filles. Cependant, quand on considère notre groupe, la faible proportion de garçons (17%) modifie l'attitude du groupe et même les filles sont plus consommatrices que les gens d'une même tranche d'âge. Néanmoins, elles demeurent bien différentes des garçons. Le facteur « âge » joue un rôle, on l'a déjà vu ; en effet, la consommation régulière de cannabis « s'épuise » avec ce que nous pourrions appeler la maturité.

Les raisons de consommer plus que les autres peuvent aussi découler d'un choix personnel. La façon dont les gens se sont construits à travers leur éducation, l'influence religieuse, l'influence de l'entourage et en particulier des parents en premier lieu. Vivre dans une famille où les interdits sont très marqués n'est pas la même chose que de grandir dans une famille où les parents ont une plus grande tolérance. Ceci a été remarqué dans des enquêtes déjà citées où les catégories socioprofessionnelles avaient des attitudes différentes à la fois dans les consommations et dans les perceptions.

Ce choix personnel va se prolonger dans le choix même du métier. Il est bien évident que l'on ne devient pas médecin, infirmier, professeur des écoles ou éducateur spécialisé par hasard. Ce choix doit s'accorder avec un style de vie non seulement au moment du travail mais également en dehors mais il s'appuie aussi sur des représentations et des projections à moyen et long terme de ce que sera la profession.

Le temps de la professionnalisation peut être aussi un temps de formation personnelle dû à un intérêt particulier pour un type d'étude (« j'aime la biologie, je fais médecine ! », « j'aime les enfants, je deviens prof ! », « j'aime aider les gens, je fais éducateur ou infirmier ! ») ou à une imitation du groupe de pairs que l'on fréquente : « Ma copine voulait être infirmière alors j'ai fait comme elle, etc. Les exemples de ce genre sont aussi nombreux dans ce sens que la réponse définitive : « J'ai toujours voulu faire ça ! ».

2. Poser le problème

Si l'on ne saisit pas immédiatement les raisons profondes de cette attitude, on est en droit de se demander si cette surconsommation est compatible avec des métiers qui justement vont amener ces consommateurs à être en contradiction avec les actions de prévention qu'ils doivent mener.

Est-il acceptable que ces futurs acteurs de prévention en formation fument du cannabis alors qu'ils sont censés faire de la prévention autour de ce produit ?

Ce qui noue notre travail peut s'énoncer de la façon suivante : **« En quoi les représentations sociales, les attitudes, les normes et les connaissances constitutives de l'identité personnelle des futurs acteurs de prévention influencent-t-elles l'identité professionnelle naissante et constituent un éventuel obstacle pour accomplir la mission de prévention en particulier des conduites addictives dont la consommation de cannabis dévolue à ces individus ? »**

Pour tenter de l'élucider, nous formulons l'hypothèse suivante que l'on peut diviser en deux volets.

Le premier volet concerne l'influence qu'ont les représentations sociales fondées sur les croyances, des attitudes, des normes et des connaissances sur la perception du risque en faisant obstacle à une conception cohérente de la prévention.

Le deuxième volet, c'est que l'engagement dans un processus de formation professionnelle va favoriser l'évolution de ces représentations sociales et permettre de modifier l'attitude initiale.

L'identité personnelle de l'acteur de prévention (facteurs sociodémographiques, familiaux, environnementaux) l'incline à des comportements à risque qui peuvent être modifiés par l'avènement d'une identité professionnelle acquise par la formation (évolution des comportements au fil des ans).

Cette approche nécessite de se situer e situer dans un cadre de recherche au confluent de champs différents. Les champs que nous allons avoir à explorer concernent dans un premier temps la notion d'éducation à la santé. Ce terme héritier de l'hygiène et de la prévention n'est pas apparu brutalement. Il n'est d'ailleurs pas encore bien fixé puisque l'on parle aussi d'éducation pour la santé ou bien encore plus récemment de promotion de la santé.

Le deuxième champ s'intéresse aux représentations sociales. Comme nous l'avons déjà vu, les représentations sociales des drogues sont un aspect particulier des représentations sociales en général qui ont leur importance dans la construction individuelles mais également dans la construction professionnelle.

Enfin, le troisième champ concerne la construction identitaire qu'elle soit personnelle, initiale à travers les acquis individuels puis professionnelle à travers la formation et enfin sociale à la résultante des forces constitutives de l'individu.

Deuxième partie :

**Fonder une promotion de la santé intégrant
toutes les dimensions de la personne
dans la société**

Chapitre 1 :

L'éducation à la santé : de l'hygiénisme à la promotion de la santé

Prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé. Ces trois termes sont utilisés souvent l'un pour l'autre. Ils sont le fruit d'une évolution qui ne s'inscrit pas seulement dans l'histoire récente mais qui trouve ses fondements dans l'histoire de la notion de santé et de santé publique. Nous nous interrogerons donc dans un premier temps sur l'évolution historique de ce concept (de nombreuses références étant extraites du rapport de G. ROBERT¹³³ puis nous essaierons de mettre en avant les différents modèles qui sous-tendent la notion d'éducation pour la santé. Enfin, nous tentons d'explorer la dimension éthique de cette idée avant de dégager des perspectives plus larges concernant l'apprentissage de la santé.

1. Évolution et fondements historiques

A. L'Antiquité et Moyen Âge : la lutte contre les maladies contagieuses à la lumière de la médecine empirique

La survenue d'épidémies telles que la lèpre, la peste et le typhus fait partie de l'histoire de l'humanité. L'homme a tenté de le comprendre la survenue de ces événements afin de mettre en œuvre des moyens de prévention individuels et collectifs. Les textes les plus anciens datant du III^e millénaire avant notre heure montrent que les mésopotamiens liés à la maladie à la volonté des dieux d'où la nécessité de les apaiser par des rituels. C'était l'aspect magique de la prévention. Cette invention archaïque assemblée à l'époque concernée lançant des civilisations.

¹³³ ROBERT, (G.), Rapport sur « La prévention en matière de santé », Avis adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 26 novembre 2003

L'observation aidant, on a pu mettre en évidence des facteurs de causalité supposée aboutissant à des mesures de prévention.

La lèpre est la première maladie qui suscita des mesures de prévention collective¹³⁴. La personne soupçonnée d'être lépreuse après être passée devant une commission de composition diverse subissait son verdict et était classé saine ou malade. Celui qui était désigné lépreux était alors exclu définitivement de toute vie sociale. Sortir de la léproserie ne se faisait exceptionnellement et au prix de nombreuses contraintes : port de vêtements distinctifs, signalement au moyen du bruit produites par une crécelle et interdiction de se baigner dans certaines rivières, etc. La mise à l'écart ne concernait pas seulement les malades mais les possibles porteurs sains.

La population française eut affaire à face à une épidémie dramatique, la peste noire du XIVe siècle. Cette épidémie¹³⁵ débute en Crimée en 1346 a suivi les mouvements des populations et toucha tous les ports d'escale jusqu'à Gênes avant d'atteindre le sud et le Nord de la France puis l'Angleterre et l'Allemagne et enfin la Pologne et la Russie où elle ne s'éteignit réellement qu'en 1770. 7 millions de Français périrent au XIVe siècle sur les 21 millions que comptait alors le pays.

La médecine de l'époque proposa de théories pour expliquer le phénomène :

La théorie « aériste » qui se référait aux canons d'Avicenne (Xe siècle) qui postulait que la corruption de l'air par des vapeurs nocives émanant de charniers ou des profondeurs de la Terre. À cette théorie postulée que les gouttelettes de salive et tout ce qui avait pu être en contact avec les pestiférés transmettait la maladie.

La théorie de Galien qui s'appuyait sur la notion de putréfaction. La paix se développait sur des organismes présentant un déficit humorale et les mesures prophylactiques et qu'il fallait prendre concerner essentiellement la mise à l'écart du pestiféré en l'empêchant de pénétrer dans les maisons.

¹³⁴ RUFFIÉ, (J.), SOURNIA, (J.-C.), Les épidémies dans l'histoire de l'homme : de la peste au sida, Flammarion, 1993, 302 p.

¹³⁵ PANZAC, (D.) Quarantaine et lazarets, l'Europe et la peste d'orient, XVIIe-XXe siècle Edition Edisud, 219 p.

À ces deux théories s'en ajoutait une troisième qui était celle du châtement divin qui entraîna de nombreuses processions partout en Europe.

Cette dernière théorie fut celle qui eut les faveurs des gouvernements de l'époque, il est intéressant de noter que la population générale se retrancha derrière les théories prophylactiques. Cette épidémie de peste généra de nombreuses mesures de prévention individuelle et collective. Au XVIIIe siècle, VICQ d'AZIR¹³⁶ fonda la société royale de médecine. Une coopération internationale fut même instaurée avec la mise au point d'un système d'information réciproque entre les différents ports qui se perpétua même en période de conflit. Même en l'absence de connaissance de cause de la maladie et de traitements efficaces, les Européens de cette époque prirent des mesures de prévention collective empirique et parvinrent à se prémunir du fléau qu'était la peste¹³⁷.

B. Le triomphe de l'hygiénisme et de la vaccination (du XVIIIe siècle à la seconde guerre mondiale)

Le mouvement hygiéniste prit forme à partir de 1820 devant le manque de traitement des maladies contagieuses. Il apparaissait que seules des mesures d'hygiène stricte pouvait permettre de juguler les maladies¹³⁸. Ce courant s'inscrivait dans les idées de la révolution selon lesquelles l'État a une responsabilité dans la santé des citoyens. Ils mettaient en avant le lien qui existait entre les maladies et les mauvaises conditions sociales. En 1802, avait été fondé à Paris le premier conseil de salubrité dans le rôle était de résoudre les problèmes sanitaires posés par l'arrivée des paysans vers la capitale.

Les hygiénistes produisirent deux réglementations : celle du travail des enfants en 1841 et celle de la lutte contre les logements insalubres en 1850.

¹³⁶ **Félix VICQ d'AZIR** (1748-1794), Célèbre anatomiste, professeur de médecine, premier médecin de la Reine en 1789, il fut admis à l'Académie des Sciences en 1774, lors d'une épizootie terrible qui ravagea le midi de la France en 1774, il créa une sorte d'Académie de médecine sous le nom de Société royale de médecine.

¹³⁷ LALANDE, (F.), Sécurité et veille sanitaires : concepts, historique et évolution des structures et des doctrines, Revue française des affaires sociales, 51, (3-4), 1997, pp 31-38.

¹³⁸ BOURDELAIS, (P.), Les épidémies terrassées, une histoire des pays riches, Ed. de La Martinière, 2003, 246 p.

Deux tendances opposées étaient distinguées dans ce mouvement : d'un côté, une tendance héritière de la révolution qui souhaitait que l'État légifère en vertu de sa responsabilité envers la santé des citoyens. D'un autre côté une tendance libérale qui prônait que l'amélioration des conditions de vie des ouvriers irait de pair avec le développement. Ainsi, cette tendance prônait-elle la responsabilisation individuelle plutôt que l'intervention de l'État.

L'épidémie de choléra¹³⁹ de 1832 et qui terrassa 150 000 personnes en France entraîna des mesures d'assainissement urbain qui furent suivis par de nombreuses municipalités. À Paris, par exemple, 63 km de canalisations furent construits et le nombre de fontaines fut multiplié par cinq.

La loi de 1884 étendit le pouvoir des municipalités en matière d'hygiène. Un grand nombre de médecins acquis aux théories hygiénistes avait été élu à la tête des mairies et ainsi les premiers bureaux d'hygiène municipaux virent-ils le jour. Le premier rôle de ces bureaux fut le renforcement du contrôle de la couverture vaccinale de la population.

L'absence de politique de santé publique nationale à cette époque s'explique pour des raisons culturelles. Il était considéré que la diffusion des normes d'hygiène et d'assistance était de la responsabilité du médecin. Toute intervention publique massive fut rejetée jusqu'à en 1871 au nom du libéralisme et du maintien de l'ordre social. Si les épidémies purent être jugulées au XVIIe siècle grâce à l'intervention du pouvoir central, la lutte contre l'insalubrité au XIXe siècle fut menée par les municipalités.

La première grande loi de santé publique dite loi d'hygiène publique ne fut votée qu'en 1902 après des années de débats. Elle obligeait les villes de plus de 20 000 habitants à se doter d'un bureau d'hygiène municipale, mettait en place des dispensaires, offrait la possibilité de désinfecter les logements au phénol afin de prévenir les épidémies de choléra et rendait obligatoire la vaccination contre la variole.

¹³⁹ BOURDELAIS, (P.), RAULOT, (J.-Y.) Une peur bleue : histoire du choléra en France 1832-1854, Payot, 1997, 310 p.

Les origines de la vaccination sont mal connues. Selon la légende, au IV^e siècle avant notre ère, Mithridate, ingurgitait des doses croissantes de toxiques afin de se prémunir contre tout risque d'empoisonnement. Au XVII^e siècle, les Turcs avaient mis au point grâce aux observations qu'ils avaient pu faire le premier vaccin efficace contre la variole en prélevant des traces du contenu de pustules de cas modérés de variole en les inoculant à des personnes saines.

Le premier médecin à pratiquer une vaccination efficace et à grande échelle fut E. JENNER¹⁴⁰ en 1798. Bien que la nécessité d'une revaccination ne fut connue qu'en 1820, la couverture vaccinale fut suffisante pour qu'aucune épidémie étendue ne puisse se développer jusqu'en 1860. La France à cette époque connaissait un sérieux retard par rapport à ses voisins européens. La vaccination variolique avait été rendue obligatoire dès 1816 en Suède ; elle ne le fut qu'en 1902 en France.

Ceci eut comme on l'imagine des conséquences dramatiques. Lors de la guerre de 1870, 600 000 soldats n'étaient pas vaccinés contre la variole. 175 000 la contractèrent, 18 000 en moururent et 200 000 personnes dans tout le pays. En 1914 – 1918 en revanche sur les 8 millions de soldats vaccinés, 23 contractèrent la maladie et un seul en mourut.

La diffusion de la vaccination ne se fit pas si facilement. De nombreuses voix s'y opposèrent mettant en doute son innocuité car la pratique de la vaccination de bras à bras dans ses débuts avait été responsable de contamination par la syphilis.

En France, par exemple, les opposants la vaccination firent échouer en 1880 projets de loi tendant à rendre obligatoire la destination contre la variole.

C. *L'avènement de la médecine curative.*

L'apparition des antibiotiques concrétise la possibilité de traiter efficacement pratiquement toutes les infections. C'est d'abord la découverte des sulfamides en 1935 par G. DOMAGK¹⁴¹. Puis, c'est la découverte par A. FLEMING¹⁴² de la

¹⁴⁰ Edward JENNER (1749 - 1823) est un médecin britannique, célèbre pour son invention de la vaccination contre la variole.

¹⁴¹ Domagk, GERHARD (1895 - 1964), bactériologiste et pathologiste allemand qui découvrit le premier médicament antibactérien.

pénicilline dont la première utilisation industrielle eut lieu en 1943. Elle avait la capacité d'être efficace sur deux grandes maladies infectieuses de la première moitié du XXe siècle : la syphilis et la tuberculose.

La mortalité par maladies infectieuses qui avait diminué de 20 % entre les deux guerres chuta de 50 % entre 1945 et 1950 et encore de 50 % entre 1950 et 1960 pour ne plus représenter que 5 % des causes de décès. Dans cet ordre d'idée, l'espérance de vie augmentait quant à elle de vent entre 1945 et 1965.

Les progrès de la médecine ont concerné toutes les spécialités et la médecine curative alors connut son « âge d'or »¹⁴³. L'hôpital est devenu un lieu d'excellence qui fit croire à la fin des années 60 à l'éradication des maladies infectieuses dans les pays industrialisés.

D. La remise en cause du modèle biomédical entraîne un renouveau de la prévention

Les progrès spectaculaires de la médecine curative ont relégué la prévention à un rôle très secondaire. Néanmoins, plusieurs facteurs ont contribué à lui redonner une place dans la stratégie thérapeutique.

le développement de l'épidémiologie dans les années 60 a permis d'identifier des facteurs de risques : Cancer du poumon et tabac par exemple

De nouvelles maladies, contre lesquels les antibiotiques étaient inefficaces, sont apparues comme le sida au début des années 80. Celui-ci est survenu dans un contexte où l'Europe n'avait plus connu de grandes épidémies depuis la grippe espagnole de 1918. Face à l'absence de traitement curatif, les médecins comme les pouvoirs publics ne pouvaient que faire appel à la prévention. Ainsi, dans un

¹⁴² Sir Alexander FLEMING (1881, - 1955), était un biologiste et un pharmacologiste écossais. Il a publié de nombreux articles concernant la bactériologie, l'immunologie et la chimiothérapie. Ses découvertes les plus célèbres sont celle de l'enzyme lysozyme en 1922 et celle d'une substance antibiotique appelée pénicilline qu'il a isolée à partir du champignon *Penicillium notatum* en 1928, découverte pour laquelle il a obtenu le Prix Nobel partagé avec Florey et Chain en 1945.

¹⁴³ HALIOUA, (B.), Histoire de la médecine, MASSON, 2001, 264 p.

contexte obligé et non pas choisi, une politique de prévention sur une grande échelle fut mise en route pour non seulement apporter des connaissances à la population mais pour tenter de modifier les comportements notamment en ce qui concerne le port du préservatif.

L'apparition de souches résistances aux antibiotiques a amené les médecins à s'interroger sur leurs pratiques qu'elles soient médicales ou thérapeutiques. Ceci entraîna à la fois un meilleur respect des règles d'asepsie (retour de l'hygiénisme) et une rationalisation de l'utilisation du médicament.

La nécessaire maîtrise des dépenses de santé. La prévention semble utilisée en dernier recours comme un espoir de limiter les dépenses en évitant l'apparition des maladies.

On voit à l'évocation de ces quatre points que c'est la nécessité qui fait force de loi et non pas l'intervention d'un État éclairé soucieux de la santé de ces concitoyens a priori.

L'éducation pour la santé n'est pourtant pas née avec le sida. Une loi votée en 1865 rendait obligatoire l'enseignement de l'hygiène dans les écoles¹⁴⁴. L'alcool, grand fléau social de la fin du XIXe siècle, amena la promulgation d'un décret en 1897 introduisant la prévention de l'alcoolisme dans l'enseignement primaire. Les moyens iconographiques employés à l'époque étaient délibérément choquants¹⁴⁵.

Puis, la lutte contre l'alcoolisme laissa sa place à la lutte contre la tuberculose et la syphilis après la première guerre mondiale. Des traitements efficaces étant apparus, c'est vers la lutte contre le tabagisme¹⁴⁶ et la prévention des risques individuels que s'est déplacé le champ de l'éducation pour la santé. Le soutien des

¹⁴⁴ ROUSSILLE, (B.), Soixante ans d'éducation pour la santé, La Santé de l'homme, n°362, novembre décembre 2002.

¹⁴⁵ LEFEBVRE, (T.), Aspects négligés de l'iconographie antialcoolique : plaques de verre et films fixes, La Revue du praticien, 2002, vol. 52, n°16, pp. 1749-1751.

¹⁴⁶ MURARD, (L.), ZYLBERMAN,(P.), Le tabagisme, fléau subi et non affronté (1950-1975), La Santé de l'homme, n° 362, novembre décembre 2002.

institutions politiques ne fût pas exagéré dans ces domaines jusqu'à un passé relativement récent.

Le fait humain nouveau est qu'il existe une profonde modification des mentalités quant à la représentation médicale. Le médecin perçu comme un sorcier, chaman ou charlatan au Moyen-âge puis respecté comme un homme de sciences aux XIXe et XXe siècle apparaît maintenant comme un prestataire de service. La récente loi du 4 mars 2002 inscrit dans le marbre (alors que cela aurait du aller de soi) son devoir d'information et la nécessité qu'il a de rendre des comptes envers ses patients. A cause de la grande fiabilité des techniques médicales, la survenue d'effets indésirables est de moins en moins acceptée par le public. De plus, le dispositif législatif sur l'alea thérapeutique outre l'amélioration apportée aux victimes d'un préjudice doit permettre la prise de conscience qu'il n'existe pas d'acte de soin sans risque qu'il soit préventif ou curatif.

Apparaît alors la notion nouvelle de principe de précaution. L'avènement de crises autour du sang contaminé, de l'hormone de croissance et de la vache folle fait voler en éclat les succès thérapeutiques pour mettre en avant la méfiance de la population envers ceux qui sont censés savoir, les élites, et qui n'ont rien fait pour empêcher cela.

Si la prévention qui concerne des risques avérés dont la connaissance permet par une action collective d'influer sur le cours des choses, la précaution concerne des risques potentiels qui se situeraient en avant de la connaissance.

Si dans le cas de la prévention les dangers sont établis, dans le cas du principe de précaution il s'agit de vérifier que l'hypothèse est exacte. On n'est alors plus dans le risque mais dans le risque du risque. Ce n'est plus la connaissance qui guide le choix mais les conséquences possibles d'un non-choix face à une hypothèse.

La précaution peut alors être vécue comme une attitude attentiste ou une règle d'inaction. Elle peut aussi être assimilée avec la recherche du risque zéro¹⁴⁷. Ce dernier semble bien illusoire. L'exemple des entretiens préalables au don du sang en Grande-Bretagne en période de découverte du sida a certes fait diminuer le nombre

¹⁴⁷ BOURG, (D.), SCHLEGEL, (J.-L.), Parer aux risques de demain, le principe de précaution, Seuil, 2001,144 p.

potentiel de donneurs contaminés mais n'a pas réduit le risque à néant. Le risque résiduel devra donc être apprécié en tant qu'il sera acceptable ou pas. Dans le cas des donneurs de sang, la mesure efficace eut été l'arrêt de la transfusion sanguine mais cela aurait entraîné des milliers de morts.

Néanmoins, d'autres auteurs tels JL. SETBON¹⁴⁸ critiquent ouvertement ce principe : alors que la prévention, qui « agit sur les facteurs de risque identifiés et de la façon la plus précise (ciblée) possible, permet d'agir avec le plus d'efficacité et à moindre coût, c'est-à-dire de façon plus efficiente, tant sur le risque lui-même que sur l'activité qui le génère », la précaution, « qui n'a pour tout fondement qu'une simple hypothèse, d'autant plus fragile qu'elle est précoce et non fondée sur des faits précis, contraint à supprimer, ou à réduire de façon massive l'activité (arrêter de transfuser, ne plus manger de viande bovine...) faute d'une connaissance suffisante pour agir sur les facteurs de risque spécifiques et prouvés ». En effet, selon cette analyse, l'objet de la précaution ne serait pas « le risque », mais « l'activité qui en permettrait l'occurrence »

L'émergence du principe de précaution doit s'entendre dans sa signification sociale. Elle semble liée non seulement à un désir de plus de sécurité mais également un souhait de participation accrue. Elle peut apparaître comme un refus de la dilution des responsabilités. Le principe de précaution peut apparaître comme capable de redonner une maîtrise en amont des événements en étant plus vigilants sur leurs causes potentielles.

2. Les différentes approches de la prévention :

A. L'approche biomédicale

Elle est héritée des approches historiques. Elle tire ses sources du « modèle pastorien » où les faits scientifiques sont reconnus comme une vérité, comme l'efficacité de la vaccination serait une évidence. Cependant, la prévention n'y est plus vécue comme un évitement. L'homme ne peut améliorer sa santé qu'en

¹⁴⁸ SETBON, (M.), Le principe de précaution en questions, Revue française des affaires sociales, n°3-4, déc. 1997.

intervenant sur son environnement. L'approche biomédicale prend en considération l'approche complexe de la conduite individuelle. Les individus sont les acteurs de leur propre santé. La coopération entre les individus et les professionnels est nécessaire en tant que ces derniers doivent indiquer à l'individu les risques encourus. La population a alors à sa charge de modifier ses comportements pour améliorer sa propre santé.

La classification de la prévention établie par l'OMS s'inscrit dans cette vision, en distinguant trois niveaux :

la prévention primaire, qui comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, c'est-à-dire à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas, au moyen de la vaccination ou de la lutte contre les facteurs de risque

la prévention secondaire, qui s'efforce par la détection des maladies d'éviter leur développement ou leur aggravation ; cette fonction suppose des actions de dépistage et de soins apportés aux affections dépistées précocement

la prévention tertiaire, qui vise à éviter les séquelles des maladies et les rechutes.

B. Les limites du modèle biomédical, vers une approche globale

Ce modèle centré sur l'individu et son comportement a été critiqué au début des années 1980^{149, 150}. Il présente un certain nombre de limites. Il ne suffit pas d'être informé d'un risque pour parvenir à l'éviter. Les comportements humains ne sont pas toujours rationnels. Ainsi, la recherche de satisfactions immédiates est souvent en contradiction avec les attitudes préventives (comme les addictions en sont une illustration). La notion de prise de risques entre dans le flirt avec les limites, expérience souvent nécessaire dans la construction identitaire. L'envie de suivre une mode ou d'imiter ses amis, ses pairs est souvent plus forte que les préoccupations

¹⁴⁹ GOLDBERG, (M.) Cet objet obscur de l'épidémiologie, Sciences sociales et santé, I, 1, 1982, pp. 55-110

¹⁵⁰ GOTTRAUX, (M.), La construction sociale du champ de la prévention, Sciences Sociales et Santé, I, 1, 1982, pp. 15-37.

individuelles. Il ne suffit pas de savoir, d'être informé pour modifier son comportement. Il est nécessaire d'y ajouter une décision individuelle, personnelle, intime.

La seconde limite est l'évolution constante des normes et connaissances scientifiques. Ce qui fut une vérité un jour peut être contredit par de nouvelles recherches. Le pain, il y a quelque temps, décrié pour des apports caloriques trop importants est devenu aujourd'hui source d'un apport nutritionnel intéressant. Des recherches futures le renverront peut-être au panier. La norme scientifique n'est pas forcément la « Vérité ! » Malheureusement, le bon sens populaire et les recommandations familiales sont souvent délaissées au profit d'un pseudo savoir scientifique qui entraîne une nouvelle dépendance aux professionnels de santé. Ce « savoir médical » a provoqué la médicalisation de certains actes naturels de la vie comme la grossesse et l'accouchement (augmentation du nombre des obstétriciens aux dépens de la gynécologie médicale par exemple) de même que le recours à certains spécialistes (pédiatre au détriment du généraliste).

La principale limite de ce modèle est sans doute de considérer que l'humain comme systématiquement responsable de ses actes et donc responsable de la maladie qui risque de l'atteindre s'il ne suit pas les préconisations et prescriptions. Considérer les facteurs de risques comme isolés les uns des autres, risque d'entraîner des attitudes contre productives en favorisant des actions ponctuelles.

L'approche globale, au contraire, va prendre en compte et en même temps les différents facteurs qu'ils soient sociaux et économiques influençant la santé. Les indicateurs de santé reflètent alors la cohésion sociale et ils sont corrélés avec la répartition de la richesse¹⁵¹. D'autres facteurs sociétaux existent comme a tenté de le montrer J. MANN¹⁵². Pour le sida, il a avancé la notion de « facteur social de risque » lié au respect accordé aux droits de l'Homme et à la dignité humaine, à la nature, à l'intensité, et à la portée de la discrimination pratiquée dans la société. Il estime par exemple que la vulnérabilité des femmes est directement liée à leur

¹⁵¹ KERVASDOUÉ, (de), (J.), La santé n'est pas uniquement affaire de médecine, in MALET, (É. H.), Santé publique et libertés individuelles, 1993, Passages, Paris, 235 p.

¹⁵² MANN, (J.), Ethique et droits de la personne, Revue française de santé publique, sept. 1998, n°3.

inégalité par rapport aux hommes, au manque de respect de leurs droits et à leur capacité à refuser des rapports sexuels non protégés.

D'autres études vont montrer le poids des facteurs sociétaux. Par exemple, celle de I. NIEDHAMMER & J. SIEGRIST¹⁵³ qui montrent pour les pathologies cardiovasculaires le poids de la différence entre l'investissement professionnel et les résultats attendus.

C. Vers la promotion de la santé

Le modèle défini par l'OMS en 1946 pour la santé comme étant : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et non point seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* » prend comme valeur structurante non pas le risque mais le bien-être. Quarante ans plus tard, la Charte d'OTTAWA en 1986 (cf. annexes) met l'accent sur les conditions préalables à la santé et les modalités d'intervention en promotion de la santé. Elle formule dans la continuité de la Charte d'ALMA-ATA de 1979 la nécessité d'établir une politique publique de santé qui dépasse les notions classiques des soins. Elle interpelle les responsables politiques en leur demandant d'œuvrer pour « *élaborer une politique publique saine* » et de créer des « *milieux favorables à la santé* », au sens écologique mais également, par exemple, dans le domaine de l'urbanisme et des loisirs. La promotion de la santé peut avoir des effets positifs sur la réduction des inégalités. Comme le note A. CHERBONNIER¹⁵⁴ : « *On peut considérer la promotion de la santé comme une approche de la santé (...), et même comme une « philosophie », voire une idéologie, qui va à l'encontre de l'idéologie dominante, laquelle reste globalement biomédicale et individualiste. La promotion de la santé prend en compte la dimension collective et sociopolitique de la santé, en ce qu'elle cherche à jouer sur les déterminants de la santé et de la maladie, et notamment sur ceux des inégalités en matière de santé* ».

¹⁵³ NIEDHAMMER, (I.), SIEGRIST, (J.), Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses, Revue d'épidémiologie de santé publique, n°46, 1998.

¹⁵⁴ CHERBONNIER, (A.), Evaluation, quand tu nous tiens !, Education santé, 1994, n° 93.

Ainsi qu'il est dit dans la Charte : « *La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé* ».

La promotion de la santé marque une étape supplémentaire dans le long cheminement qui a déplacé les responsabilités de l'État vers les professionnels de santé et enfin vers les individus ; « *La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ».

L'individu devient le gestionnaire de sa propre santé et les actions éducatives sont orientées vers le développement des aptitudes personnelles et sociales plutôt que la modification des « mauvais comportements ».

D. S'adapter encore mieux

« *La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie* ». Comme le dit la Charte d'OTTAWA, la santé doit rester un moyen et non pas le but ultime malgré les actions préventives envisagées. Il est nécessaire d'adapter les procédures ; On parle d'adaptation évolutive. La santé, conçue comme « *l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales)* », supposerait alors non seulement « *la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont les mêmes pour tous les êtres humains* », mais aussi « *une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation* »¹⁵⁵.

Plus que la santé, c'est la notion de qualité de vie qui deviendrait l'indicateur. Ainsi l'individu pourrait d'une part réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu, l'adapter et s'y adapter.

La composante éducative devient primordiale par rapport à l'aspect sanitaire. L'éducation à la santé en milieu scolaire a suivi peu à peu ces évolutions. D'une approche purement biologique et individuelle dans les années 1970, l'éducation à la

¹⁵⁵ BERTHET, (E.) Information et éducation sanitaires, Coll. Que sais-je ? Paris, PUF, 1983.

santé a promu un individu rationnel libre de ses choix ; la simple connaissance des risques devait suffire à lui faire changer de comportement. Les vingt années suivantes ont mis en avant les facteurs psychosociaux dans leurs rapports avec les comportements dits « à risques ».

La période actuelle de promotion de la santé concerne la place même de l'individu dans la société : « *L'éducation à la santé devient explicitement construction du lien social nécessaire à l'apprentissage de la citoyenneté* »¹⁵⁶. La création des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté en est un des meilleurs exemples.

Pour en arriver là, l'histoire a eu besoin de s'appuyer sur différents modèles théoriques que nous allons maintenant tenter de démembrer.

3. Les différents modèles

A. D'abord des référents théoriques

S'entourer de références théoriques permet de sortir de l'implicite afin de faciliter la compréhension des actions entreprises en matière d'éducation à la santé. Cela permet aussi une meilleure communication sur l'extérieur et probablement un meilleur décryptage des actions réalisées par les autres ?

Les modèles permettent de décrire la réalité et par la même peuvent aider à la comprendre. Il s'agit d'une élaboration théorique progressive avec des avancées et des reculs¹⁵⁷. Les modèles renvoient à une vision du monde, celle de leurs auteurs comme le rappelle K. TONES¹⁵⁸ «*le sujet est en partie technique et en partie idéologique* » à propos du modèle transthéorique¹⁵⁹ de J. PROSCHASKA et C. DI CLEMENTE.

¹⁵⁶ LESELBAUM, (N.) L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels, La Santé de l'Homme, n°362, nov.-déc. 2002

¹⁵⁷ JOURDAN, (D.), BERGER, (D.), De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé, La Santé de l'Homme, n° 370, mar.-avr. 2004

¹⁵⁸ Health Education Research" vol. 20 - n°2 - 2005

¹⁵⁹ PROCHASKA, (J.), DI CLEMENTE, (C.), Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1982, 19, 276-288

Alors que classiquement, il existe deux façons de classer les modèles en éducation pour la santé (ES) : les modèles idéologiques et les modèles techniques¹⁶⁰, D. JOURDAN et D. BERGER pensent qu'une autre dichotomie existe. Certains sont fondés sur une approche visant à donner du sens aux pratiques alors que d'autres sont fondés sur des théories. Les premiers modèles de prévention sont exposés par JP. DOZON¹⁶¹ et relèvent de quatre genres : le modèle magico-religieux, le modèle de la contrainte profane, le modèle pastorien et le modèle du consensus.

Les seconds modèles bâtis sur un cadre rationnel empruntent aux théories notamment psychologiques. Si l'on garde en mémoire que l'éducation n'est pas la prévention, on concevra aisément que le but n'est pas d'abord de faire baisser un comportement mais de permettre à un sujet de s'épanouir, le sujet étant la référence. Une partie des modèles psychologiques utilisés en ES, qu'il s'agisse par exemple du modèle des "croyances relatives à la santé" de I.M. ROSENSTOCK¹⁶² ou de la "théorie de l'action raisonnée" de I. AJZEN¹⁶³ sont centrés sur les changements de comportement. Ils ne concernent alors qu'un des aspects de l'éducation (celle concernant l'apprentissage d'éléments relatifs à la santé) même s'ils nous permettent de mieux comprendre les différentes étapes du changement. Ils risquent alors de ne pas prendre en compte la dimension de l'autonomie chez la personne à tel point que le modèle de la « soumission librement consentie » de J.L. BEAUVOIS et R.V. JOULE¹⁶⁴ pourrait avoir sa place dans une approche préventive. Ce type d'approche basé sur la manipulation ne peut être considéré à notre sens comme un moyen de stratégie éducative. En effet, basée sur « *l'action qui consiste à amener autrui à se comporter en toute liberté différemment de la façon dont ils se seraient comporté spontanément à l'aide de techniques* », elle est la négation de toute liberté

¹⁶⁰ TONES, (K.), TILFORD, (S.), Health promotion: effectiveness, efficiency and equity. 3rd ed. Cheltenham: Nelson THORNES, 2001

¹⁶¹ DOZON, (J.-P.), FASSIN, (D.), Critique de la santé publique. Approches anthropologiques. Paris, Balland (Voix et regards), 2001

¹⁶² ROSENSTOCK, (I. M.), The Health Belief Model and Preventive Health Behavior, Health Education Monographs. 1974, 2, 35-86.

¹⁶³ AJZEN, (I.), From intention to actions: a theory of planned behaviour, in Action Control: From Cognition to behaviour, Eds J. KHUL and J. BECLMAN, New Jersey: Prentice-Hall, 1985

¹⁶⁴ JOULE, (R.V.), BEAUVOIS, (J.L.), Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2002

individuelle même si elles demeurent employées dans différentes actions de prévention en utilisant l'argument habituel : « et si c'est pour leur bien ! ».

On peut être tentés de les utiliser tant les rapports sociaux dans leur caricature ne semblent être que des rapports de pouvoir. Néanmoins, l'éducateur à la santé devra faire appel à d'autres modèles pour atteindre les buts qu'il s'est fixés : le développement des compétences sociales, la capacité à résister à la pression des pairs, les dynamiques communautaires par exemple.

Dans la perspective de l'éducation du sujet, le pédagogue devra faire appel à d'autres modèles théoriques que ceux exclusivement centrés sur les changements de comportement. Le pédagogue, tel que le définit P. MEIRIEU¹⁶⁵ est un éducateur *"qui se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et qui prétend y parvenir par la médiation d'apprentissages déterminés* ». Cette définition est basée sur le parti pris de l'éducabilité de toutes les personnes. *« Choisir d'éduquer, c'est accepter de rechercher continuellement un équilibre entre notre projet éducatif (ce que nous voulons promouvoir chez les sujets) et leur liberté en construction. »* comme le rappellent JOURDAN et BERGER (déjà cités).

Les modèles à utiliser doivent alors être divers et doivent concerner : la santé, l'éducation et la promotion de la santé, le développement des individus (y compris à l'âge adulte) et l'apprentissage, les dynamiques collectives et l'évaluation. Il faut garder à l'esprit que c'est la capacité de l'homme à maîtriser son existence et à exercer un contrôle sur son environnement qui est mise en question ce qui sera dénommé « empowerment » faute de traduction française satisfaisante.

Attachons nous maintenant à décrire certains des modèles psychologiques sur lesquels sont fondées les interventions éducatives en santé.

¹⁶⁵ MEIRIEU, (Ph.) Le choix d'éduquer, Ethique et pédagogie, Paris, ESF, 7^e édition, 1999.

B. *Puis une tension entre la pédagogie et le didactique*

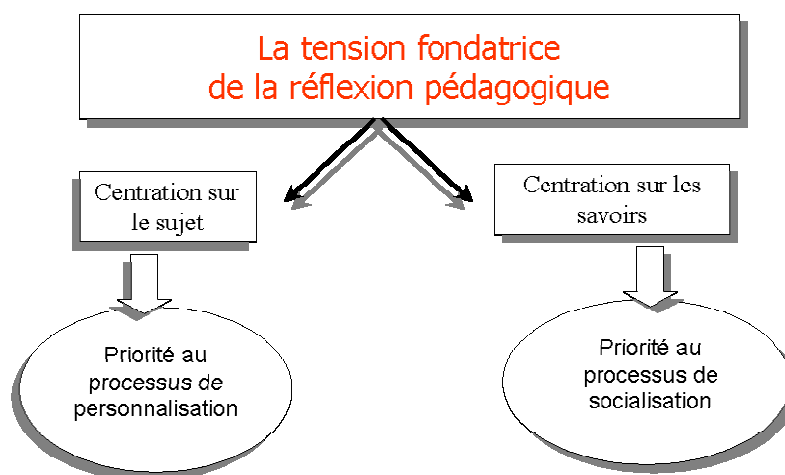
D. BERGER et D. JOURDAN¹⁶⁶ ont poursuivi dans le même numéro de la revue « La Santé de l'Homme » leur réflexion théorique sur les modèles.

Le premier point de leur réflexion porte les deux grandes approches pédagogique et didactique de l'éducation pour la santé. L'approche pédagogique est centrée sur le sujet. Elle utilise les sciences de l'éducation, la sociologie et la psychologie. Elle sait qu'il n'est pas suffisant pour l'enseignant de bien posséder une discipline pour que les élèves apprennent. Les apprentissages se situent dans les rapports complexes qui existent entre le sujet et l'enseignant mais également dans la dimension communautaire de ce rapport.

La deuxième approche est centrée sur les savoirs. La transmission de savoirs, de a et de savoir-faire est un enjeu dans l'ES. Le travail de l'acteur en ES est de permettre la rencontre entre un sujet et un ensemble de savoirs validés quelquefois bien éloignés du sujet.

Le professionnel de l'ES se situe en tension entre l'apprenant et les savoirs scientifiques.

Figure 13, La tension fondatrice de la réflexion pédagogique



¹⁶⁶ BERGER, (D.), JOURDAN, (D.), Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en Education pour la santé, La Santé de l'Homme, n°370, mar.-avr. 2004.

C'est de l'articulation entre l'approche subjective au plus près des représentations des personnes et l'approche normative privilégiant les processus collectifs que va émerger le dispositif d'éducation pour la santé. *« Cette tension est constitutive de la réflexion éducative, elle en est le moteur et le dynamise ».*

C. Le modèle allostérique de l'apprentissage

Le modèle allostérique de l'apprentissage tel que décrit par A. GIORDAN¹⁶⁷ trouve un écho intéressant dans l'ES. Il est centré sur l'apprenant en considérant que celui-ci construit ses apprentissages au travers de ce qu'il est et connaît. Il ne s'agit pas simplement de transmission du savant vers l'apprenant mais de tenir compte des conceptions initiales de l'élève, de l'impliquer en le motivant, en suscitant chez lui des interrogations qui vont provoquer des perturbations et l'inciter à remettre parfois en cause ses conceptions antérieures pour avancer. L'enseignant joue sur l'environnement. L'affectif, le cognitif, le sens sont liés. L'enseignant devient un médiateur qui aide l'élève à mettre en relation les divers éléments impliqués, donne un statut positif à l'erreur. Il s'agit d'une approche systémique où l'on fait parler sur ce que l'on a appris. La difficulté pour l'enseignant est de savoir comment accéder aux représentations mentales de l'apprenant, d'isoler les variables didactiques qui font obstacle et de prendre en compte ce qui fait conflit chez l'élève dans la construction d'une nouvelle connaissance. Il ne s'agit pas d'empiler des connaissances mais de mettre en relation. L'approche se veut rationnelle et se fonde sur l'appel à l'intelligence. *« C'est l'expression des représentations du sujet à partir d'un problème clairement énoncé, la prise de conscience de l'existence d'autres façons de comprendre le réel, l'apport de savoirs validés qui sont susceptibles de permettre à l'élève d'entrer dans une démarche d'apprentissage. L'individu n'abandonnera ses anciennes conceptions que lorsqu'il aura pu tester leur pertinence et leur efficacité dans de nouvelles situations »* comme le notent D. BERGER et D. JOURDAN¹⁶⁸.

¹⁶⁷ GIORDAN, (A.), Apprendre!, Ed. Belin, 1998, 254 p.

¹⁶⁸ BERGER (D.) & JOURDAN (D.), 2004, op cit.

Ce modèle aide à penser l'apprentissage des compétences et des connaissances par les élèves. Il est construit en référence à d'autres théories de l'apprentissage que nous allons évoquer maintenant.

Les modèles didactiques et pédagogiques s'appuient sur des concepts largement issus de la psychologie. L'éducation pour la santé utilise certains aspects de certains concepts en fonction des situations « *pour améliorer la transmission de savoirs en santé y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie favorisant la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin de préserver ou d'améliorer la santé.* »

D. Le béhaviorisme et l'approche par objectifs

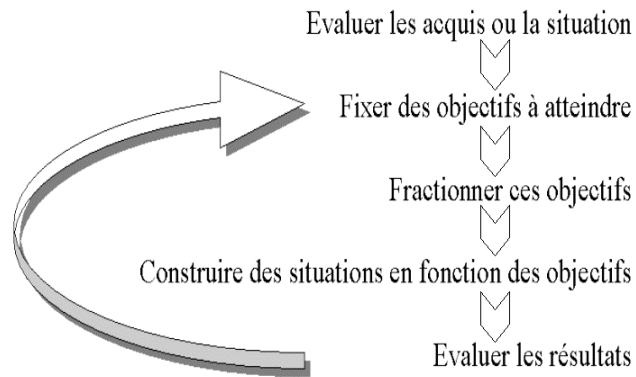
Il s'agit de la première psychologie de l'apprentissage^{169 170}. Elle postule que l'homme se construit en réponse à des stimuli extérieurs. Le couple stimulus/réponse serait à la base des comportements humains. Si apprendre est donc répondre à un stimulus, enseigner serait alors créer des situations qui vont entraîner des réponses adaptées et un comportement souhaité qui devient l'objectif à atteindre. Ceci implique une rationalisation des objectifs et des situations selon les présupposés suivants censés faciliter la réponse : la répétition qui renforce la réponse ; la motivation par la récompense selon le principe que réussir créer une motivation ; le principe de contiguïté (un élément est associé à un autre qui a été soumis à un apprentissage, les deux seront retenus) ; le fractionnement de l'activité en buts, sous buts, objectif principal et sous objectifs...

Cette approche a largement inspiré la pédagogie par objectifs.

¹⁶⁹ BLOOM, (B.S.), Taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 1, Montréal, les presses de l'UQAM, 1969

¹⁷⁰ SKINNER, (B.F.), La révolution scientifique de l'enseignement, Bruxelles, Ed. Dessart, 1968, 314 p.

Figure 14, La pédagogie par objectifs



Dans ce schéma, l'évaluation tient une place non seulement du côté de l'élève mais également dans le processus d'enseignement. Elle tient lieu de réaménagement du processus d'enseignement.

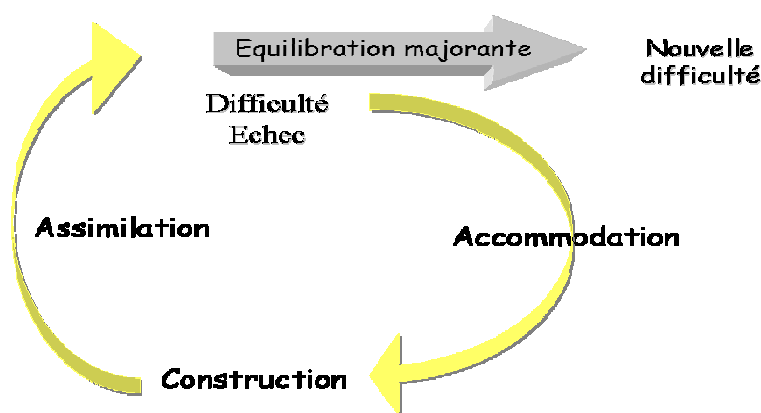
Limites sont clairement perceptibles. Le risque de comprendre l'apprentissage comme une adaptation utilitaire à la tâche est évident. Il s'accompagne souvent d'un morcellement des savoirs qui conduit à une perte du sens de l'apprentissage. Par ailleurs, seul le concepteur du programme détient l'ensemble des informations et a une vision exhaustive du programme d'apprentissage et des savoirs qui y sont rattachés. Enfin c'est une pédagogie centrée sur l'enseignant plus que sur l'élève qui conduit parfois à mettre de côté le souci éthique au détriment d'une efficacité présumée. Une personne ne peut se résumer à un comportement et stigmatiser ce dernier reviendrait à stigmatiser la personne.

Le modèle allostérique s'en inspire dans la construction de la programmation et des progressions mais porte son attention principalement sur le sujet en apprentissage et ses conceptions.

E. La psychologie génétique et le constructivisme

Elle se fonde sur les travaux de J. PIAGET¹⁷¹. La problématique du développement se base sur l'interaction permanente entre le sujet et le monde extérieur. Le développement de l'enfant est une construction active sous la forme d'un processus continu et progressif. Le processus d'apprentissage est perçu comme une succession d'équilibres précaires remis en cause par les stimuli extérieurs.

Figure 15, L'équilibration majorante



Dès que l'équilibre est atteint sur un point, la structure est intégrée dans un nouveau système en formation jusqu'à un nouvel équilibre plus stable inclus dans un champ plus étendu (cadre assimilateur). Cette progression spiralaire ascendante de plus en plus large à partir d'un schème initial est l'effet d'une « abstraction réfléchissante » qui généralise à chaque étage les éléments tirés du niveau précédent.

A la suite de PIAGET, ses successeurs ont allié modèle constructiviste et interactionniste. L'individu n'agit jamais seul mais en coordonnant ses propres actions avec celles d'autrui, il enrichit ses propres opérations. Les échanges interindividuels deviennent sources de progrès par les conflits de représentation qu'ils provoquent. L'interaction sociale est le moteur du développement cognitif. Le fait de confronter l'apprenant à une situation qui pose problème va conduire à un

¹⁷¹ PIAGET, (J.), L'épistémologie génétique, Paris, coll. « Que sais-je » n° 1399, 6^{ème} édition, PUF, Paris, 2005, 126 p.

conflit entre sa propre représentation et d'autres représentations. Cette situation génère un processus cognitif articulé autour d'une décentration du sujet et la modification de la représentation initiale.

Cette approche implique de passer d'une pédagogie transmissive à une pédagogie centrée sur l'activité du sujet. Elle met en avant le rôle positif de l'erreur. Elle comporte certaines limites, par exemple, le développement est conçu comme étant le même pour tous or l'hétérogénéité est la règle chez les apprenants. Elle laisse la priorité aux processus interne des sujets « apprenant » et parfois s'y attache trop aux détriments des savoirs.

Le modèle allostérique s'inspire du modèle constructiviste quand il s'agit de mettre les apprenants en activité. Il souligne également l'importance de l'échange et de la confrontation des points de vue dans l'apprentissage comme moyen de transformation des conceptions.

F. Les approches cognitivistes

L'homme est considéré comme un système communiquant avec son environnement. Le cerveau est conçu comme un système cognitif composé de modules servant au traitement de l'information et au stockage et déstockage de cette dernière en fonction du réel extérieur. La psychologie cognitive^{172, 173} s'intéresse d'abord à la façon dont l'être humain perçoit son environnement, y recueille des données, les interprète, les code et les traite en lien avec celles déjà entreposées et ensuite à la manière dont il les prend en compte pour déterminer sa conduite, prendre des décisions.

Apprendre revient à « stocker » des informations en mémoire et être en mesure de les réutiliser en fonction du contexte.

Les cognitivistes se sont penchés sur la question de la motivation¹⁷⁴ dans laquelle les compétences psychosociales sont primordiales. Une estime de soi

¹⁷² KAIL, (M.), FAYOL, (M.) ; Les sciences cognitives à l'école, Paris, PUF, 2003, 488 p.

¹⁷³ CRAHAY, (M.) La psychologie de l'éducation, Paris, PUF, 2005, 373 p.

¹⁷⁴ VIAU, (R.), La motivation en contexte scolaire, Bruxelles, De Boeck, 2003, 221 p.

favorable est capitale dans le processus d'apprentissage. Une réussite n'a de valeur pour l'apprenant que si celui-ci l'attribue à ses capacités propres. De plus, le cognitif et l'affectif sont toujours en interaction et chacun agit sur l'autre.

L'attitude des apprenants face à une situation nouvelle est déterminée par les représentations que les sujets se construisent d'eux-mêmes, de leurs performances et des causes qu'ils invoquent pour les expliquer. La question de la motivation implique la mise en place d'une démarche pédagogique globale. Celui qui apprend doit être considéré comme une personne à part entière, impliquée dans un processus qui est le sien et dont le sens lui est perceptible.

Dans le modèle allostérique, la conception didactique prend en compte le stockage en mémoire mais aussi le lien entre le contexte et la personne. La résistance au changement provient d'une faille dans le processus cognitif.

G. La psychologie sociale

Le psychologue russe L.S. VYGOTSKY¹⁷⁵ prône que l'être humain dans son action sur son environnement crée sans cesse de « nouveaux outils » et de nouveaux objets culturels et ceux-ci lui servent d'intermédiaires dans sa relation à l'environnement. Ces outils sont fournis par la culture, elle-même véhiculée par les personnes qui l'entourent et qui accompagnent l'enfant dans son développement.

Deux concepts illustrent cette théorie. En premier lieu, les lois sociales du développement montrent que le développement de l'enfant est le fruit de la relation sociale. Le développement et l'apprentissage sont liés par une relation de consolidation mutuelle. L'enfant apprend et se développe et parce qu'il se développe il apprend encore plus. Le langage est l'outil culturel privilégié de cette interaction et devient petit à petit l'instrument de l'individuation. Les compétences et les connaissances naissent dans et par la communication autour de cette relation d'aide et de soutien. En deuxième lieu, la zone proximale de développement permet de

¹⁷⁵ SCHNEUVLY, (B.), BRONCKAERT, (J.-P.), Vygotsky aujourd'hui, Neufchâtel, Delachaux et Niestlé, 1988.

proposer des apprentissages au-delà de ce que le sujet sait faire seul. Elle permet d'aller au-delà avec une aide et une relation pédagogique de tutorat.

J. BRUNER¹⁷⁶ continue les travaux de L.S. VYGOTSKY en travaillant sur l'étayage. Il travaille sur les interactions mises en œuvre pour aider un apprenant à résoudre les problèmes seul (la tutelle). Le schéma de la situation pédagogique qui en découle est dépendant de la tâche et de l'élève, les exigences du soutien et du guidage étant engendrées par l'interaction entre le tuteur et l'élève. La relation entre les deux est asymétrique. Pour guider et soutenir le « novice » dans son apprentissage, l'« expert » utilise le langage dans toutes ses fonctions notamment de communication et de transmission des choses abstraites.

Ces modèles soulignent le rôle capital de l'apprentissage et de l'interaction sociale. D. BERGER et D. JOURDAN¹⁷⁷ de conclure « *Pour le pédagogue, la pédagogie et la didactique, l'interaction de tutelle contribuent ainsi au développement de la personne et à celui des compétences psychosociales garantes de l'intégration des savoirs scientifiques et de leur transcription comportementale. La question de la formation des professionnels et des acteurs et celle de la conception des dispositifs pédagogiques et didactiques prennent alors une dimension nouvelle et nous orientent vers une approche résolument réflexive du métier.* »

Dans le cadre du modèle allostérique, il est capital de souligner l'importance de la tutelle dans la rencontre entre l'apprenant dans son histoire personnelle et groupale et l'ensemble des savoirs validés et organisés. L'affectif, le cognitif et le sens étant intimement liés, l'apprentissage est fortement tributaire du contexte et de l'environnement. Le rôle du tuteur est alors essentiel.

La connaissance de ces différents modèles nous semble nécessaire à une compréhension de ce que nous faisons en éducation pour la santé. On voit que cette spécialité non disciplinaire se nourrit de courants de pensée différents mais que la mise à plat des cadres conceptuels permet des pratiques légitimes en fondant l'expertise professionnelle. Ainsi pourrions-nous nous sortir par cette activité

¹⁷⁶ BRUNER, (J.), Le développement de l'enfant, savoir faire, savoir dire, Paris, PUF, 1998, 7ème édition, 320 p.

¹⁷⁷ BERGER (D.) & JOURDAN (D.), 2004, op cit.

réflexive sur notre pratique pour aborder des questionnements plus fondamentaux dont la dimension éthique.

4. La dimension éthique

La prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé reposent sur des choix qui correspondent à des compromis entre différentes valeurs. Cette dimension apparaît du domaine de l'éthique. Choisir de faire de la prévention en direction d'un groupe plutôt que tel autre peut amener à des erreurs révélées plus tard. De même, dans les choix faits au niveau des risques collectifs, telle décision plus qu'une autre risque d'entraîner des conséquences pour la population.

Ainsi peut-on se rendre compte que le problème est plus politique que technique. Le politique doit s'emparer de sujets intéressant l'intimité des personnes pour les transformer en phénomène social. Cette question a été de toutes les réflexions concernant l'action publique pour contrer l'épidémie de sida. L'équilibre à trouver entre le respect des libertés individuelles et une nécessaire politique de prévention est souvent difficile à trouver. Comment faire la promotion de l'usage du préservatif et du non-partage des seringues pour éviter la transmission du VIH sans penser que l'on promeut dans le même temps une sexualité débridée et l'injection d'héroïne ?

Il convient dans tous les cas de veiller à ce que les politiques sécuritaires ne prennent pas le pas sur le sanitaire.

A. La nécessaire responsabilisation de l'individu

Dans certaines maladies par exemple cardiovasculaires, l'attitude positive ou négative de l'individu vis-à-vis de son alimentation ne touche que lui-même. Qu'il mange gras ou sucré ne touche que ses artères. Par contre, pour d'autres comportements tels que la conduite automobile ou l'absorption d'alcool cela peut toucher autrui. La dimension éthique de la prévention c'est de reconnaître que l'individu doit se responsabiliser pour lui mais aussi pour les autres. Cependant, la

société doit-elle au nom des libertés individuelles faire seulement confiance dans la responsabilité de l'individu ?

Le secret médical est une valeur absolue dans la relation de confiance entre le patient et son médecin. Cependant, face à des maladies extrêmement contagieuses telles la syphilis et la typhoïde, le médecin a l'obligation de les déclarer.

C'est encore une fois le sida qui a fait s'interroger sur ses problèmes : dépistage systématique ou proposé, à l'insu des patients ou volontaire, isolement des malades, déclaration obligatoire. Les attitudes extrêmes même au nom de la santé publique ne risquent-elles pas d'engendrer des phénomènes d'exclusion et de discrimination¹⁷⁸. Rappelons enfin que l'amélioration des thérapeutiques fait vite oublier les questionnements éthiques. Néanmoins, la France a toujours soutenu avec constance le principe d'une démarche individuelle librement consentie. Coexistent deux logiques, les dépistages anonymes et gratuits d'une part et la proposition systématique du test. Les deux s'inscrivent dans une responsabilisation du citoyen.

B. La normalisation possible de la prévention

La prévention suppose une intériorisation de la norme par les individus. Ph. LECORPS¹⁷⁹ a pu écrire que « La santé publique s'inscrit dans une logique d'ordre social. (...) Légitimée par le savoir épidémiologique, elle est appel à la conformité ».

La prévention quelle qu'elle soit est toujours porteuse d'une idéologie même si c'est celle du progrès et de valeurs qui ne sont pas forcément celles de tout un chacun. La santé n'est pas une valeur pour tous même si certains ont tendance à associer santé et bonheur. Ainsi, ceux qui s'écarteraient de la norme que serait la santé devraient avoir honte de ne pas avoir tout fait pour préserver ce capital. Le

¹⁷⁸ SAN MARCO, (J.-L.) in Philosophie, éthique et droit de la médecine, Coll. Thémis, PUF, 1997, 605 p.

¹⁷⁹ LECORPS, (P.), PATURET, (J.-B.), Santé publique, du biopouvoir à la démocratie, ENSP, 2000, 186 p.

droit à la santé, valeur fondamentale de la santé publique, serait associé à un devoir individuel et non collectif de le maximiser¹⁸⁰.

Qu'advierait-il si certains individus refusent de conformer à la norme telle que les experts la définissent ? Comment la société va-t-elle traiter ces nouveaux déviants qui ne veulent pas être heureux ?

On rappellera que l'étymologie du mot « prévenir », issu du latin judiciaire « *praevenire* », citer en justice : le prévenu, aujourd'hui figuré par l'individu qui ne se conformerait pas à la bonne conduite en matière de santé, est donc à la fois jugé responsable et peut-être coupable. Le double sens du mot « prévention », qui suggère à la fois l'existence d'un danger possible et l'idée de suspicion, doit nous alerter face aux dérives possibles en matière de stigmatisation.

La stigmatisation de certains groupes apparaîtrait d'autant plus « facile » que l'on connaîtrait les facteurs de risques provoquant l'apparition des maladies : tabac et cancer du poumon par exemple. L'ostracisme envers les fumeurs aux USA illustre ce propos. Il apparaît donc que face aux progrès de la science et à certains discours de prévention, prendre un risque tend à devenir anormal, inadmissible et source potentielle de culpabilité.

Une vie sans risque est-elle possible ?

La stigmatisation des comportements à risques liés à une responsabilité individuelle est irrationnelle quand on sait que les principaux déterminants de santé sont sociaux, culturels, fonction du niveau de formation, de conditions de travail et de rémunération, etc.

Les comportements à risque doivent souvent s'interpréter comme étant des stratégies d'adaptation à des conditions de vie difficiles. Plutôt que de stigmatiser ces comportements, il conviendrait de voir ce qui pourrait se faire en amont pour éviter ces comportements.

Faut-il alors cibler les interventions ?

¹⁸⁰ LAST, (J.M.), *Public Health and human ecology*, Ed. McGraw-Hill Professional Publishing, 1997, 464 p.

JF. GIRARD¹⁸¹, ancien directeur général de la santé, a souligné que la prévention soulève un « *problème idéologique* », au sens où elle est liée à la notion de cible et de définition de cibles : « *Dans quelle mesure peut-on définir une cible pour être efficace en matière de prévention, au risque de ne pas traiter d'autres problèmes et de contribuer à une forme de stigmatisation ?* ». G. CANGUILHEM¹⁸² rappelait que « *S'il y a déraison c'est dans la tendance à considérer le pathologique non plus comme déviation du physiologique dans l'individu, mais comme déviance dans le corps social* ».

La communication sur le sida a bien montré par exemple qu'après avoir dit que la maladie concernait tout le monde, une deuxième époque est advenue ciblant les populations homosexuelles masculines à la demande des associations. Le non affichage dans un premier temps des populations exposées était censé les protéger d'éventuelles stigmatisations.

C. L'éducation à la santé

Au-delà de la soumission à des normes, le rôle de l'ES est de favoriser chez l'individu un engagement volontaire et responsable en matière de santé. Quelle est sa légitimité à vouloir modifier les comportements individuels pour le « bien » des individus ? Ce « bien » ne correspond pas toujours aux valeurs et à la culture de l'individu.

La « normalisation » de l'individu va à l'encontre de tout projet éducatif qui s'est fixé pour but l'autonomie de l'élève.

Pour revenir sur l'éthique, lisons S. FAINZANG¹⁸³ : « *La question éthique n'est alors pas tant celle de savoir si l'on a le droit de transmettre des messages, de produire un discours au risque d'aller à l'encontre de celui auquel adhère à ce moment le sujet, mais de donner une information, aussi juste et rigoureuse que possible, face à laquelle le sujet devra*

¹⁸¹ GIRARD, (J.-F.), Quand la santé devient publique, Hachette littérature, 1998, 258 p.

¹⁸² CANGUILHEM, (G.) Etude d'histoire et de philosophie des sciences, J. VRIN, 1990, 7^{ème} édition augmentée, 430 P.

¹⁸³ FAINZANG, (S.), L'éthique est-elle risquée ?, La Santé de l'homme, n°345, jan.-fév. 2000, pp 32-33.

apprendre à faire ses choix, et de veiller qu'il n'y ait pas de jugements sur ses comportements, mais seulement une information sur les risques qu'ils comportent ».

L'approche éthique en ES revient à transmettre des messages qui ne contiennent pas des normes mais permettent à chaque individu de développer son sens critique et mesurer dans quelle mesure ils peuvent mettre en danger leur santé et celle des autres s'ils adoptent en pleine connaissance de cause des comportements à risque. L'éducation pour la santé permet à l'individu d'opérer des choix librement face aux normes dictées par la santé publique.

Ph. LECORPS¹⁸⁴ oppose ainsi l'éducation sanitaire du côté de la morale à l'éducation pour la santé du côté de l'éthique : « *...l'éducation sanitaire, dans sa volonté de propager les bonnes conduites prônées par la médecine se situe dans le champ de la morale et exige soumission aux normes ; alors que l'éducation pour la santé et la promotion de la santé s'inscrivent dans une démarche éthique, une tension vers l'élargissement de la liberté individuelle et collective, et appel à l'engagement à produire une action juste »* et de conclure quant aux injonctions morales qui peuvent laisser l'individu démuni face à elles : « *L'éducation pour la santé puise sa légitimité à travailler cette tension entre l'injonction morale et l'engagement éthique d'un sujet solidaire de sa communauté ».*

On voit bien que les normes et les représentations ont à faire avec l'éducation pour la santé en tant qu'elles sont le support de croyances et d'attitudes de l'individu qui modifient ses comportements. C'est pour cela que nous consacrerons notre prochain chapitre à ce concept.

¹⁸⁴ LECORPS, (P.), 1942-2002 : De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé, La Santé de l'homme, n°362, nov. -déc. 2002, pp 21-23.

Chapitre 2 :

La question des représentations sociales

1. Généralités sur les représentations sociales

Une représentation sociale (RS) est une forme de connaissance courante, dite de sens commun. Celle-ci est caractérisée par les propriétés suivantes :

- elle est socialement élaborée et partagée, elle se constitue à partir de nos expériences et des informations, savoirs, modèles de pensée reçus et transmis par la tradition, l'éducation et la communication sociale,
- elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et communications,
- elle participe à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel donné.

Une représentation sociale peut être la représentation d'un objet réel ou irréel pour un groupe donné, par exemple la représentation sociale de l'insécurité, de l'hygiène ou du travail. La fonction de ces représentations est de permettre à l'individu de comprendre le monde par imputation et génération de signification. Elles organisent l'expérience et régulent les conduites.

Historique et évolution du concept : C'est une notion ancienne utilisée à l'origine par la philosophie. Pour E. KANT¹⁸⁵ « *les objets de notre connaissance ne sont que des représentations et la connaissance de la réalité ultime est impossible* ». Il a généralisé l'idée que pour « *connaître il faut à la fois s'intéresser à l'objet étudié et à l'homme qui l'étudie.* »

¹⁸⁵ RUANO -BORBALAN, (J.-C.), « Une notion clef des sciences humaines », in Sciences Humaines n°27, avril 1993, p.16.

S. MOSCOVICI¹⁸⁶ fait remonter à G. SIMMEL (1858-1918) et M. WEBER (1864-1920) la genèse de l'idée de représentation dans le champ de la sociologie.

Il attribue néanmoins à E. DURKHEIM (1858-1917) la paternité¹⁸⁷ réelle du concept de représentations. Il s'agit d'«une vaste classe de formes mentales (sciences, religions, mythes, espace, temps), d'opinions et de savoirs sans distinction. La notion est équivalente à celle d'idée ou de système, ses caractères cognitifs n'étant pas spécifiés». Il distingue représentations collectives et représentations individuelles. « *La société est une réalité sui generis ; elle a ses caractères propres qu'on ne retrouve pas, ou qu'on ne retrouve pas sous la même forme, dans le reste de l'univers. Les représentations qui l'expriment ont donc un tout autre contenu que les représentations purement individuelles et l'on peut être assuré par avance que les premières ajoutent quelque chose aux secondes.* »

Dans la conclusion de son ouvrage, il pose les bases d'une réflexion sur le concept de représentation collective. Il considère d'ailleurs que la force des représentations collectives les rend dominantes. Il utilise ce concept pour analyser différents domaines sociaux, en émettant «*l'hypothèse que l'on pourrait expliquer les phénomènes à partir des représentations et des actions qu'elles autorisent* ».

C'est à J. PIAGET¹⁸⁸ que l'on doit un approfondissement de l'étude des mécanismes psychiques et sociologiques à l'origine des représentations et de leurs évolutions. Il introduit une rupture avec É. DURKHEIM, en montrant que si les représentations collectives pèsent sur les représentations individuelles (et donc le développement) de l'enfant, en grandissant, il acquiert une autonomie de ses propres représentations. Celles-ci évoluent en fonction des rapports successifs que l'individu entretient avec la société (de la soumission chez l'enfant à la coopération chez l'adulte).

Ainsi remet-il en cause le présupposé durkheimien de l'«*homogénéité des représentations transmises au cours des générations au sein d'une collectivité* ».

¹⁸⁶ MOSCOVICI, (S.) Des représentations collectives aux représentations sociales, p. 64, in JODELET D., Les représentations sociales, coll. Sociologie d'aujourd'hui, P.U.F. 1989.

¹⁸⁷ DURKHEIM, (E.), Les formes élémentaires de la vie religieuse, Paris, Le livre de poche, 1991.

¹⁸⁸ PIAGET, (J.), La représentation du monde chez l'enfant. Paris, PUF, 1926.

S. MOSCOVICI attribue à S. FREUD¹⁸⁹ l'analyse de la genèse des représentations individuelles (chez l'enfant), issue de la confrontation de l'action (recherches et découvertes de l'enfant), des représentations individuelles préalables et des représentations collectives (venues des parents) et de leur influence sur la conscience et l'inconscient. Il conclue de l'étude de S. FREUD qu'«*elle nous montre par quel processus, ignoré jusque-là, les représentations passent de la vie de tous dans la vie de chacun, du niveau conscient au niveau inconscient.* »

De l'étude comparée de ces auteurs, S. MOSCOVICI conclue «*que l'écart entre les éléments collectifs et les éléments individuels paraît moins grand regardé de près que défini de loin* ». Ce qui l'a conduit en 1961 à renouveler l'étude des représentations en les abordant comme «*un phénomène concret* ».

Dans son ouvrage «*La psychanalyse, son image et son public*»¹⁹⁰, il s'attache à montrer «*comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture donnée, comment elle est transformée au cours de ce processus et comment elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent.*»

L'aspect dynamique des représentations sociales est ainsi mis en valeur : par exemple, pour s'approprier une nouvelle connaissance, la psychanalyse, les individus construisent une représentation de celle-ci en retenant la majorité de ses notions de base (le conscient, l'inconscient, le refoulement), mais en occultant un concept essentiel, celui de la libido qui renvoie à l'idée de sexualité.

Les nouvelles notions sont intégrées aux schèmes de pensée préexistants et influencent ensuite les attitudes et les comportements des gens. Le langage courant a maintenant assimilé des termes tels que lapsus, complexe d'Œdipe, névrose.

Selon JAHODA, citée par R. FARR¹⁹¹, la psychanalyse est une représentation psychologique du corps. La diffusion de la psychanalyse dans la culture française

¹⁸⁹ FREUD, (S.), Psychologie collective et analyse du moi, 1921 en ligne sur <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.frs.psyl>

¹⁹⁰ MOSCOVICI, (S.), La psychanalyse, son image et son public, Paris, PUF 1961 (2è éd. 1976).

¹⁹¹ FARR, (R.), Les représentations sociales, in Psychologie sociale, sous la direction de S. MOSCOVICI, Paris, PUF, Le psychologue, 1997, p. 385.

induit, dans un mouvement dynamique, de nouvelles représentations sociales du corps.

A la suite de S. MOSCOVICI, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux représentations sociales : des psychosociologues comme D. JODELET¹⁹², des sociologues comme P. BOURDIEU¹⁹³, des historiens – Ph. ARIÈS¹⁹⁴ et G. DUBY¹⁹⁵. Le champ d'investigation de ces chercheurs est large. Citons pour exemple les représentations de la santé et de la maladie (C. HERZLICH¹⁹⁶ et F. LAPLANTINE¹⁹⁷), du corps humain et de la maladie mentale (D. JODELET). Des études sur le rapport entre les représentations sociales et l'action ont été menées par JC. ABRIC¹⁹⁸ qui s'est intéressé au changement dans les représentations.

A. Définitions

Nous pouvons produire deux définitions.

Selon D. JODELET : « *Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications*

¹⁹² JODELET, (D.), Les représentations sociales, Paris, PUF, 1991.

¹⁹³ BOURDIEU, (P.), Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques, Paris Fayard, 1982.

¹⁹⁴ ARIÈS, (P.), Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le 18^e siècle, Points, 2001, 414 p.

¹⁹⁵ DUBY, (G.), Les trois ordres ou l'imaginaire du féodalisme. Paris, Gallimard, 1978.

¹⁹⁶ HERZLICH, (C.), Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996 (1^{ère} éd. 1969).

¹⁹⁷ LAPLANTINE, (F.), Anthropologie de la maladie, Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société contemporaine, Payot, 1993, 420 p.

¹⁹⁸ ABRIC, (J.-C.), Pratiques sociales et représentations, sous la direction de J-C ABRIC, PUF, 1994, 2^{ème} édition 1997.

par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres. »

Selon G.N. FISCHER¹⁹⁹ « *La représentation sociale est un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales »*

Si le terme de représentation est important dans ces définitions, celui de social ne l'est pas moins. En effet, comme le fait remarquer D. JODELET, « *l'approche sociale des représentations traite d'une matière concrète, directement observable, même si l'organisation latente de ses éléments fait l'objet d'une reconstruction de la part des chercheurs »*. Sur ce point, la position défendue par H. HERZLICH en 1969 dans ses travaux à l'égard de la représentation de la maladie et de la santé qu'elle considère comme une réalité sui generis extérieure aux modèles médicaux participe aussi de la même orientation. Ce qui signifie que la réalité de la maladie et de la santé déborde largement le cadre des savoirs médicaux; le biologique est également social.

De même, les représentations s'inscrivent dans un champ déjà défini et structuré par un ensemble de rapports sociaux qui leur sont certes extrinsèques sans oublier que les pratiques sociales et professionnelles génèrent aussi un ensemble d'éléments agissant en interaction avec l'objet et qui apparaissent comme dimension constitutive des représentations.

C'est ce qui nous intéressera particulièrement dans notre travail de description et de comparaison des différents groupes étudiés (éducateurs spécialisés, infirmiers, professeurs des écoles en formation, étudiants et internes en médecine) à travers les notions de champ et de pratique.

Les représentations sociales sont souvent assimilées à un savoir pratique. Or, cette dimension est déterminante dans la mesure où le processus de formation des représentations s'appuie précisément sur les pratiques sociales et professionnelles qui

¹⁹⁹ FISCHER (G.N.), Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Presses de l'université de Montréal. Dunod, 1987, p 118

ont cours dans un champ social donné. Les représentations, formes de connaissances pratiques qui se construisent à partir de la pratique en interaction constante avec l'objet et qui, dans ce processus, le construisent et le définissent, sont donc des interprétations de la réalité et des phénomènes complexes qui ont un sens pour les acteurs sociaux.

Dans les espaces sociaux désignés par les champs, il est donc important de s'interroger sur l'existence ou non d'un substrat scientifique dans l'analyse et la compréhension des représentations sociales. De l'affirmation de l'autonomie du sens commun par MOSCOVICI, il y a tout lieu d'envisager, d'entrée de jeu, dans l'analyse de leur contenu toute la complexité de même que les différents niveaux de réalité constituant les représentations sociales. C'est également ici qu'apparaît avec encore plus de justesse le danger de confusion notamment au plan théorique et méthodologique avec des notions périphériques telles que les images, les opinions, les préjugés, etc. Au delà de cette nébuleuse, on note que, parmi les critiques récurrentes à l'égard de cette notion, le caractère consensuel que devrait revêtir les représentations à l'intérieur d'un groupe²⁰⁰. Il s'agit d'une limite révélée, entre autres, par la recherche d'un principe de cohérence ou encore de l'existence d'un noyau dur les structurant. Il demeure néanmoins, rendu au terme de cet esquisse des représentations sociales, que leur utilité dans la compréhension de certains phénomènes contemporains n'est plus à démontrer.

B. Les différentes approches du concept :

Selon D. JODELET, la représentation sociale est située à l'interface du psychologique et du social et ainsi présente-t-elle une valeur heuristique pour toutes les sciences humaines. Chacune de ces sciences apporte un éclairage spécifique sur ce concept complexe. Tous les aspects des représentations sociales doivent être pris en compte : psychologiques, sociaux, cognitifs, communicationnels et chacune de ces

²⁰⁰ FLAMENT (C.), ABRIC (J-C), DOISE (W.), L'approche expérimentale dans l'étude des représentations sociales, in BEAUVOIS (J. L.), JOULE (R. V) & MONTEIL (J. M.), 20 ans de psychologie sociale expérimentale francophone, Grenoble : PUG, 1998.

approches privilégie une de leurs facettes. D. JODELET²⁰¹ relève six points de vue sur la construction d'une représentation sociale :

Le premier valorise l'activité cognitive du sujet dans l'activité représentative. Le sujet est un sujet social, porteur « *des idées, valeurs et modèles qu'il tient de son groupe d'appartenance ou des idéologies véhiculées dans la société* ». La représentation sociale se construit lorsque le sujet est en « *situation d'interaction sociale ou face à un stimulus social.* »

Un autre point de vue insiste sur « *les aspects signifiants de l'activité représentative.* » Le sujet est " *producteur de sens* ". A travers sa représentation s'exprime " *le sens qu'il donne à son expérience dans le monde social.* " La représentation est sociale car élaborée à partir des codes sociaux et des valeurs reconnues par la société. Elle est donc le reflet de cette société.

Une troisième approche envisage les représentations sous l'angle du discours. « *Ses propriétés sociales dérivent de la situation de communication, de l'appartenance sociale des sujets parlants, de la finalité de leurs discours.* »

La pratique sociale de la personne, est valorisée dans une quatrième optique. Le sujet est un acteur social, la représentation qu'il produit « *reflète les normes institutionnelles découlant de sa position ou les idéologies liées à la place qu'il occupe.* »

Dans une autre perspective, c'est l'aspect dynamique des représentations sociales qui est souligné par le fait que ce sont les interactions entre les membres d'un groupe ou entre groupes qui contribuent à la construction des représentations.

Un dernier point de vue analyse la manifestation des représentations en postulant l'idée d'une « *reproduction des schèmes de pensée socialement établis.* » L'individu est déterminé par les idéologies dominantes de la société dans laquelle il évolue.

La variété de ces diverses approches enrichit la recherche sur les phénomènes représentatifs. D. JODELET rappelle que l'étude des représentations conduit à plusieurs champs d'application comme l'éducation, la diffusion des connaissances ou

²⁰¹ D. JODELET, Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, op. cité, p. 69.

encore la communication sociale, aspect sur lequel Moscovici a particulièrement insisté.

2. Caractéristiques et fonctions des représentations sociales

D. JODELET distingue cinq caractères fondamentaux d'une représentation sociale. Elle est toujours représentation d'un objet : Il n'existe pas de représentation sans objet. Sa nature peut être très variée mais il est toujours essentiel. Sans objet, il n'existe pas de représentation sociale. L'objet peut être de nature abstraite, comme la folie ou les médias, ou se référer à une catégorie de personnes (les enseignants ou les journalistes par exemple). L'objet est en rapport avec le sujet : la représentation est « le processus par lequel s'établit leur relation. » Le sujet et l'objet sont en interaction et s'influencent l'un l'autre.

Dans la préface du livre de C. HERZLICH²⁰², Santé et maladie, S. MOSCOVICI écrit : « *il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu (ou du groupe). Le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement distincts ... se représenter quelque chose, c'est se donner ensemble, indifférenciés le stimulus et la réponse. Celle-ci n'est pas une réaction à celui-là, mais, jusqu'à un certain point, son origine* ». Dans l'étude des représentations, il s'agit d'interaction entre un sujet et un objet ce que C. HERZLICH définit par le fait de tenter « *de comprendre les attitudes et le comportement qu'elles (les représentations sociales) engendrent, le savoir qui circule à leur propos, dans la relation même qui se crée entre l'individu, la santé et la maladie* ».

Elle a un caractère « *imageant* » et la propriété de rendre interchangeable le sensible et l'idée, le percept et le concept : Le terme image ne signifie pas la simple reproduction de la réalité mais renvoie à l'imaginaire social et individuel. C'est la face figurative de la représentation. De par son caractère imageant, la représentation sociale aide à la compréhension de notions abstraites. Elle relie les choses aux mots, elle matérialise les concepts.

²⁰² HERZLICH, (C.), Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996 (1ère éd. 1969).

Elle a un caractère symbolique et signifiant : La représentation sociale a deux faces : l'une figurative, l'autre symbolique. Dans la figure, le sujet symbolise l'objet qu'il interprète en lui donnant un sens. Pour ML. ROUQUETTE et P. RATEAU²⁰³, c'est le sens qui est la qualité la plus évidente des représentations sociales.

Elle a un caractère constructif : La représentation construit la réalité sociale. Pour ABRIC, « toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'entourne. » L'étude des représentations permet de mettre en évidence que la pensée sociale élabore la réalité selon différents modèles.

Elle a un caractère autonome et créatif : Elle a une influence sur les attitudes et les comportements. C. HERZLICH a bien montré comment les représentations de la maladie - destructrice ou libératrice - induisent des comportements : refus des soins et de recours au médecin dans le cas de la maladie destructrice ; rupture avec les contraintes sociales, enrichissement sur le plan personnel, lorsque la maladie est vécue sur le mode d'une libération.

A. Les fonctions des représentations sociales

Elles ont des fonctions cognitives : les représentations sociales permettent aux individus d'intégrer des données nouvelles à leurs cadres de pensée. Ces connaissances ou ces idées neuves sont diffusées plus particulièrement par certaines catégories sociales : les journalistes, les politiques, les médecins, les formateurs et dans notre travail ceux que nous nommons les acteurs de prévention.

Elles présentent des fonctions d'interprétation et de construction de la réalité : elles sont une manière de penser et d'interpréter le monde et la vie quotidienne. Les valeurs et le contexte dans lequel elles s'élaborent ont une incidence sur la construction de la réalité. Il existe toujours une part de création individuelle ou

²⁰³ ROUQUETTE, (M.-L.), RATEAU, (P.), Introduction à l'étude des représentations sociales, Presses Universitaires de Grenoble, 1998.

collective dans les représentations. C'est pourquoi elles ne sont pas figées à jamais, même si elles évoluent lentement.

Elles ont également des fonctions d'orientation des conduites et des comportements : Les représentations sociales sont porteuses de sens, elles créent du lien. Elles ont une fonction sociale car elles aident les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles engendrent donc des attitudes, des opinions et des comportements. La représentation sociale a aussi un aspect prescriptif : « *Elle définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné.* »²⁰⁴

Elles ont des fonctions identitaires : « *les représentations ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social... (elles permettent) l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés.* »²⁰⁵ Il nous paraît très intéressant d'examiner les représentations sous cet angle. Dans notre recherche, nous nous proposons d'étudier l'impact de la formation professionnelle des acteurs de prévention sur leurs représentations du cannabis. Même si chaque acteur de prévention en formation a sa propre représentation de la consommation de cannabis, liée à son histoire personnelle, aux personnes rencontrées et au contexte dans lequel il évolue, il est difficile de ne pas envisager chacun des trois groupes comme un groupe social formant une entité, partageant une certaine représentation des personnes aidées et possédant une identité professionnelle commune. Ainsi D. JODELET parle-t-elle d'affiliation sociale : « *Partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité.* »

Elles servent également de justification des pratiques. Elles sont liées aux fonctions précédentes. Et concernent particulièrement les relations entre groupes et les représentations que chaque groupe va se faire de l'autre groupe, justifiant *a posteriori* des prises de position et des comportements. Selon JC. ABRIC²⁰⁶, il s'agit d'un « *nouveau rôle des représentations : celui du maintien ou du renforcement de la position sociale du groupe concerné.* »

²⁰⁴ ABRIC (JC.), Pratiques sociales et représentations, sous la direction de ABRIC (J.-C.), PUF, 1994, 2ème édition, 1997, p17.

²⁰⁵ MUGNY (JC.) et CARUGATI (A.), 1985, p. 183, cités par J.-C. ABRIC, op. cité, p. 16.

²⁰⁶ ABRIC (JC.), op. Cit. p.18

Ce point de vue nous interroge par rapport à l'objet de notre étude. Les représentations que les acteurs de prévention en formation ont du cannabis n'ont-elles pas une incidence sur les représentations de leur rôle ? En d'autres termes, les représentations de l'usage et de la dangerosité du produit ne vont-elles pas engendrer des représentations de la notion de prévention légitimant ensuite des attitudes et des comportements ? Et si ces représentations sont en nette contradiction avec la réalité scientifique et les enquêtes de terrain, comment les faire évoluer ?

En effet, les recherches de C. FLAMENT²⁰⁷ sur les processus d'évolution des représentations sociales, ont mis en évidence que ce ne sont pas les discours idéologiques qui ont une influence sur leur transformation, mais les modifications des pratiques sociales. L'organisation de la RS autour de la notion de noyau central y tient un rôle important.

B. La théorie du noyau central

Dans les années 1990, la recherche fondamentale dans le domaine des représentations sociales a été marquée par deux tendances conceptuelles : la prise en compte de l'aspect normatif ou évaluatif d'une représentation sociale et l'identification de ses différentes dimensions. D'un côté, W. DOISE²⁰⁸ insiste sur l'aspect normatif des représentations sociales tandis que C. FLAMENT^{209, 210} insiste sur la normativité. À l'opposé, d'autres chercheurs insistent sur l'existence de plusieurs dimensions (essentiellement descriptive, évaluative et fonctionnelle) dans une représentation sociale tels J.C. ABRIC & E. TAFANI²¹¹, P. MOLINER²¹², PHF. CAMPOS et ML. ROUQUETTE²¹³ (qui y ajoutent la dimension affective).

²⁰⁷ in Les représentations sociales, sous la direction de D. JODELET, op. cité, p. 212

²⁰⁸ DOISE, (W.), Droits de l'homme et force des idées, 2001, P.U.F.,

²⁰⁹ FLAMENT, (C.), La représentation sociale comme système normatif, Psychologie et Société, 1999, 1, 29-53.

²¹⁰ FLAMENT, (C.), Représentations sociales et normativité : quelques pistes in BUSCHINI (F.), KALAMPALIKIS, (N.), Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici, 2001, Paris, Éditions de la maison des sciences de l'homme, pp 257-261.

²¹¹ ABRIC, (J.-C.), TAFANI, (E.), Nature et fonctionnement du système central d'une représentation sociale : la représentation de l'entreprise, Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 1995, 28, 28-31.

Néanmoins c'est la notion de noyau central qui demeure l'axe structurant d'une RS. Comme le dit JC. ABRIC « toute représentation est organisée autour du noyau central ». Il est constitué d'éléments objectivés, agencés en un schéma simplifié de l'objet. Le noyau figuratif constitue une base stable autour de laquelle se construit la représentation. L'idée fondamentale de la théorie du noyau est que dans l'ensemble des cognitions se rapportant à un objet de représentation, certains éléments jouent un rôle différent des autres. Ces éléments appelés éléments centraux se regroupent en une structure nommée «noyau central» ou «noyau structurant». Le noyau central ou noyau structurant d'une représentation assure deux fonctions essentielles :

- Une fonction génératrice de sens : Il est l'élément par lequel se crée ou se transforme, la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il donne un sens aux éléments.
- Une fonction organisatrice : Autour du noyau central, s'organisent les autres cognitions de la représentation. C'est le noyau central qui détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il unifie et stabilise la représentation.

Le noyau structure à son tour les cognitions se rapportant à l'objet de la représentation. Ces cognitions placées sous la dépendance du noyau sont appelées les éléments périphériques. Si le noyau structurant peut se comprendre comme la partie abstraite de la représentation, le système périphérique doit être entendu comme la partie concrète et opérationnelle. Le noyau central et les éléments périphériques fonctionnent comme une entité où chaque partie a un rôle spécifique mais complémentaire de l'autre.

Leur organisation et leur fonctionnement sont régis par un double système :

²¹² MOLINER, (P.), Les deux dimensions des représentations sociales, Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 1994, 20, 5-13.

²¹³ CAMPOS, (P.H.F.), ROUQUETTE, (M.-L.), La dimension affective des représentations sociales: deux recherches exploratoires. Bulletin de psychologie, 2000, 53(4), 435-441.

- Le système central structurant les cognitions relatives à l'objet, fruit des déterminismes historiques et sociaux auxquels est soumis le groupe social. Le système central, constitué par le noyau central de la représentation est directement lié et déterminé par les conditions historiques, sociologiques, et idéologiques. Il est marqué par la mémoire collective du groupe et aussi par le système de normes auquel il se réfère. Le système central constitue la base commune collectivement partagée des représentations sociales. Sa fonction est consensuelle c'est par lui que se réalise et se définit l'homogénéité d'un groupe social. Le système central est stable, cohérent, il résiste au changement assurant ainsi une deuxième fonction celle de la continuité et de la permanence de la représentation. Ce système est relativement indépendant du contexte social et matériel dans lequel la représentation est mise en évidence.

- Le système périphérique en prise avec les contingences quotidiennes permet dans certaines mesures l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés. Ce système est fonctionnel, c'est grâce à lui que la représentation peut s'inscrire dans la réalité du moment. Contrairement au système central, il est plus sensible et déterminé par les caractéristiques du contexte immédiat. Il constitue l'interface entre la réalité concrète et le système central. Il permet la régulation et l'adaptation du système central aux contraintes et aux caractéristiques de la situation concrète à laquelle le groupe est confronté. Il permet une certaine modulation individuelle de la représentation.

Ainsi constituée d'un système stable et d'un système flexible, la représentation sociale peut répondre à l'une de ses fonctions essentielles : l'adaptation sociocognitive. A partir de ces notions, les RS peuvent évoluer sous trois formes sous l'influence des pratiques sociales :

- Une transformation brutale : on peut observer ce type de transformation, lorsque les nouvelles pratiques mettent en cause directement la signification centrale de la représentation, sans recours possible aux mécanismes défensifs

mis en œuvre dans le système périphérique. Le changement est alors massif et immédiat.

- Une transformation résistante : Elle se produit quand les pratiques sont en contradiction avec la représentation. Cette contradiction peut être gérée dans la périphérie. Lors de la transformation résistante la représentation est caractérisée dans le système périphérique par l'apparition de « schèmes étranges » découverts et définis par C. FLAMENT²¹⁴. Ces schèmes sont composés de la manière suivante : le rappel du normal, la désignation de l'élément étranger, l'affirmation d'une contradiction entre les deux termes, la proposition d'une rationalisation permettant de supporter la contradiction.
- Une transformation progressive : lorsqu'il existe des pratiques anciennes mais rares qui ne se sont jamais trouvées en contradiction avec la représentation, la transformation va s'effectuer sans rupture, c'est à dire sans éclatement du noyau central. Les schèmes activés par les pratiques nouvelles vont progressivement s'intégrer à ceux du noyau central, et fusionner pour constituer, un nouveau noyau et donc une nouvelle représentation.

3. L'évolution des représentations sociales

B. GAFFIÉ²¹⁵ étudie les dynamiques de changement des représentations sociales. Il note que de nombreuses études ont montré qu'elles semblaient changer assez facilement sous des influences diverses. Il précise « *nos représentations sociales ont alors un peu "la bougeotte" ! Tous les déterminants et processus étudiés semblent pouvoir les transformer. Que ces modifications soient souvent superficielles et passagères importe*

²¹⁴ FLAMENT, (C.), Pratiques et représentations sociales, In BEAUVOIS, (J.-L.), JOULE, (R.-V.), MONTEIL, (J.-M.), (dir.), Perspectives cognitives et conduites sociales, COUSSET: DEVAL, 1987, 143-150.

²¹⁵ GAFFIÉ, (B.), Confrontations des Représentations Sociales et construction de la réalité, Journal International sur les Représentations Sociales, 2005, vol. 2 no1, 6-19.

moins, dans un premier temps, que de cerner ce qui peut initier une dynamique de transformation. Il faut bien, par la suite, poser les questions des conditions de ces impacts, de l'importance et de la durée des changements induits ; cette analyse révèle souvent une certaine artificialité de ces études » en critiquant l'absence de prise en compte du contexte des échanges. Il rappelle la nécessaire implication des sujets « *L'implication constitue une condition de l'impact d'une situation, et le degré d'implication affecte les modes de régulation des émotions et des informations contredisant la RS et, par conséquent, le devenir de celle-ci* » mais également de prendre dans les études des sujets qui ont un même rapport à l'objet sinon cela peut impliquer des représentations sociales différentes.

Il s'attache également au contexte en citant S. MOSCOVICI²¹⁶ pour dire que la visée des RS n'est pas de décrire des représentations établies mais de « comprendre, non plus la tradition mais l'innovation, non plus une vie sociale déjà faite mais une vie sociale en train de se faire ». En rappelant les travaux où apparaissent des « consignes de substitution » où les sujets sont invités à répondre soit "en leur nom propre", soit "comme le ferait" leur groupe (ou un autre), il montre que les sujets se présentent souvent plus favorablement et évitent d'avancer en leur nom des notions mal acceptées socialement. Ainsi « *des éléments permanents attestent l'existence de "principes organisateurs communs* », mais « *tout un pan de la représentation aurait échappé à l'étude* »²¹⁷ sans le changement de contexte d'expression. Une "zone muette" apparaît ainsi comme un ensemble organisé de cognèmes et croyances faisant l'objet d'une réticence (sinon d'une autocensure) dans certaines conditions, mais pouvant être extériorisé dans d'autres. De telles zones existeraient dans des RS "sensibles", et ne seraient exprimables que lorsque le degré d'implication est abaissé.

B. GAFFIÉ propose d'aménager toutes les RS en intégrant les zones muettes comme suit :

²¹⁶ MOSCOVICI, (S.) Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In JODELET, (D.) (Ed.). Les représentations sociales; Paris : Presses Universitaires de France, 62-86.

²¹⁷ DESCHAMPS, (J.C.), GUIMELLI, (C.), El efecto de contexto en las representaciones sociales de los gitanos. La hipótesis de las "zonas mudas". Revista de Psicología contemporanea, 20017, 36-43.

1. Chaque RS présente des "*principes organisateurs*" ²¹⁸ communs à un ensemble social étendu, durant une période historique donnée ("**détermination centrale**")
2. Les normes dominantes (suivant les contextes et champs sociaux) définissent les positions légitimes des acteurs selon leurs places dans les rapports sociaux
3. "Ordinairement", les sujets prennent les positions qui leur sont assignées en fonction de leur insertion dans ces rapports
4. Toute réalité sociale (négociée entre sous-groupes aux objectifs partiellement divergents) recèle des minorités et "*zones muettes*" potentielles
5. Les prises de position des sujets sont affectées par leur positionnement dans les rapports sociaux actualisés
6. Les sujets peuvent exprimer une RS différente de celle conforme aux normes dominantes lorsque le contexte abaisse leur degré d'implication ou, au contraire, l'augmente dans une situation de confrontation (cas d'une minorité nomique par exemple).

Ces notions nous semblent précieuses pour analyser notre travail tant le sujet « drogue » est sensible et en son sein le thème « cannabis ». B GAFFIÉ note encore que seules les enquêtes menées sur le terrain en contexte naturel permettent de « à des RS "*circulantes*", à renforcer notre attention aux contextes, aux partenaires et à leurs places par rapport à l'objet-enjeu, à relier les dynamiques cognitive, identitaire et sociale. » Nous y reviendrons ultérieurement.

Néanmoins, nous aimerions conclure ce chapitre sur l'importance de l'homologie structurale telle que l'a définie P. BOURDIEU²¹⁹ qui explique que les individus expriment des RS conformes aux positions qu'ils occupent dans le champ social. Ce que reprend W. DOISE toujours cité par B. GAFFIÉ « *les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liés à des insertions spécifiques*

²¹⁸ DOISE, (W.), Les représentations sociales. In GHIGLIONE, (R.), BONNET, (C.), RICHARD, (J.F.) (Eds). *Traité de psychologie cognitive*, T. 3, 1990, Paris : Dunod, 111-174.

²¹⁹ BOURDIEU, (P.), *La distinction, critique sociale du jugement*, 1979, Paris, Éditions de Minuit

dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports » renforcé par la position de J. VIAUD²²⁰ « Chaque groupe social, en les [principes organisateurs] investissant de signifiants partiellement distincts, c'est-à-dire propres à chacun de ces groupes, devrait montrer ainsi son positionnement particulier par rapport à ces mêmes principes ».

C'est maintenant l'identité et sa construction qu'il faut questionner qu'elle soit personnelle mais également en ce qui nous concerne professionnelle et sociale.

²²⁰ VIAUD, (J.), Principes organisateurs et représentations sociales de l'économie : genèse et dynamique. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 1999, 12, (2), 79-106.

Chapitre 3 :

La construction des identités personnelle, professionnelle et sociale

1. Quelques définitions

La notion n'est pas simple à appréhender et de nombreux auteurs en fonction de leur discipline d'appartenance ont proposé des définitions dont voilà les principales. Pour EH. ERIKSON²²¹ « *la formation de l'identité* » commence là où cesse l'utilité de l'identification. Elle surgit de la répudiation sélective et de l'assimilation mutuelle des identifications de l'enfance ainsi que l'absorption dans une nouvelle configuration qui, à son tour, dépend du processus grâce auquel une société... identifie un jeune individu en le reconnaissant comme quelqu'un à devenir ce qu'il est et qui, étant ce qu'il est, est considéré comme accepté.

Pour E-M. LIPIANSKY²²², la vision objective de l'identité, constitue un ensemble de caractéristiques pertinentes définissant un individu et permettant de l'identifier de l'extérieur. Cette composante de l'identité relève de la position du sujet dans la culture et la société. Elle est définie comme identité sociale. L'appréhension subjective de l'identité renvoie à des notions comme conscience de soi, définition de soi. Elle contient également les sentiments, les représentations, les expériences et les projets d'avenir se rapportant à un individu. Cette identité subjective s'ancre dans les expériences passées ainsi que dans un certain contexte culturel. Elle est affectée par chaque relation et interaction, elle est donc constamment reproduite.

Ces deux composantes de l'identité ne peuvent pas être dissociées. EM. LIPIANSKY se propose d'étudier les implications mutuelles entre le sentiment

²²¹ ERIKSON, (E. H.), *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, 1993, Champs Flammarion, 348 p.

²²² LIPIANSKY, (E.-M.), *Identité et Communication*, 1992, PUF, 262 p.

subjectif de l'identité et la communication. A cet effet il émet l'hypothèse suivante :
La conscience de soi dépend de l'interaction avec autrui.

Pour GH. MEAD²²³ l'individu s'éprouve lui-même en adoptant le point de vue des autres. L'individu agit en fonction du sens qu'il attribue aux différentes situations. Ce sens est dérivé de l'interprétation que l'individu donne de l'interaction avec autrui. La socialisation est conçue comme la construction d'une identité sociale (Soi) dans et par l'interaction sociale. L'individu constitue un membre actif participant à la construction de cette identité. Il a donc une grande marge de manœuvre dans ce processus. La socialisation se déroule en 3 étapes :

- Imitation de l'autrui significatif, qui devient modèle de référence
- Incarnation de normes, identification avec autrui généralisé, interaction de plus en plus importante avec l'environnement social. Il acquiert la capacité de se mettre à la place des autres. (Construction du Moi)
- Reconnaissance du soi par les autres du groupe

La socialisation est considérée comme un processus de différenciation et d'identification.

Pour E. GOFFMAN²²⁴, la vie présente des analogies avec le théâtre. L'individu y adopte certains rôles qui participent à la construction de l'image de soi. L'identité ne constitue pas une réalité en soi mais se développe au cours de l'interaction et de l'interprétation des rôles. Chaque individu dispose d'une manière tout à fait particulière de jouer et rejoindre les différents rôles dont il dispose. Il existe une distinction entre réalité réelle et virtuelle- différence entre l'essence du Moi et les différents rôles joués par l'acteur social. Chacun met en œuvre des stratégies identitaires lorsque l'individu est amené à faire des actions insensées (non identification aux rôles, prise de distance aux rôles...) et lorsqu'il se rend compte de la différence entre soi et l'autrui.

²²³ MEAD, (G.-H), L'esprit, le soi et la société, 2006, Le lien social, PUF.

²²⁴ GOFFMAN, (E.), La mise en scène de la vie quotidienne, 1973, les éditions de Minuit, 256 p.

Pour C. DUBAR²²⁵ « l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, de divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions »

Pour JM. BARBIER²²⁶ enfin c'est « un ensemble de composantes représentationnelles (contenus de conscience en mémoire de travail ou en mémoire profonde), opératoires (compétences, capacités, habiletés, savoirs et maîtrises pratiques, etc.), et affectives (dispositions génératrices de pratiques, goûts, envies, intérêts, etc.) produits par une histoire particulière et dont un agent est le support et le détenteur à un moment donné de cette histoire. »

On le voit à travers ces diverses définitions, l'identité est un processus complexe, dynamique constituée de ce « qu'un individu est capable de faire et fait mais aussi de ce qu'il sait, de la manière dont il se représente les choses et lui-même, du sens qu'il leur accorde, de ses émotions positives et négatives, de ses besoins et de ses valeurs.²²⁷ »

Néanmoins, l'identité possède une certaine stabilité dans le temps et peut se concevoir comme « un instantané » que l'on peut aborder en tenant compte de l'interaction des trois composantes : opératoires, représentationnelles et socio-affectives. Ces dernières permettent aussi de caractériser l'identité à un niveau collectif dans les rapports qu'elles entretiennent avec les autres notamment dans la construction d'équipes qui vont partager des représentations, des savoirs, des compétences, des valeurs et des attitudes.

L'aspect dynamique de l'identité se retrouve dans l'idée que l'action permet l'évolution des composantes identitaires. La formation professionnelle est manifestement le lieu où ça ne manque pas d'arriver.

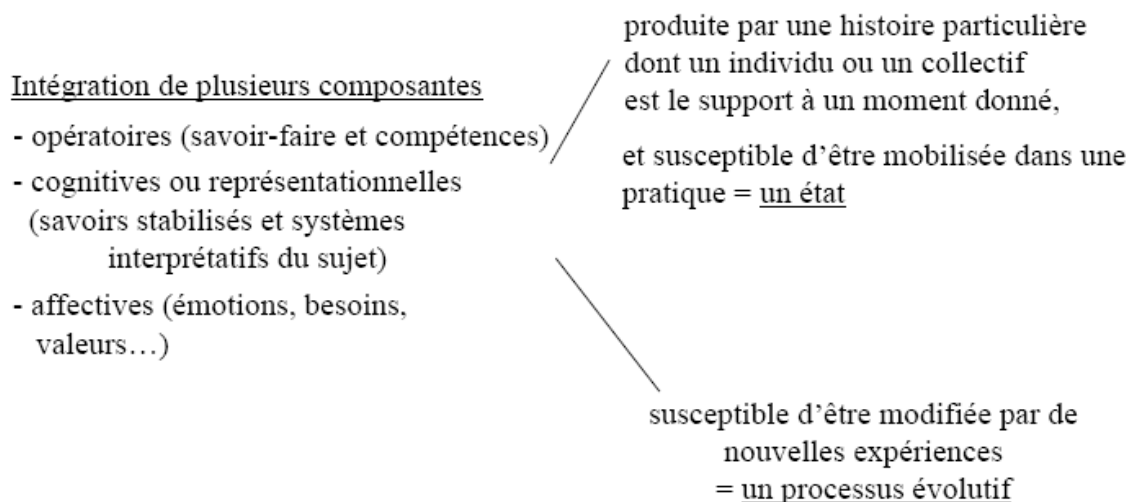
²²⁵ DUBAR, (C.), La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 3^{ème} édition, 2002, Armand COLIN, 255 p.

²²⁶ BARBIER, (J.-M.), L'analyse des pratiques : questions conceptuelles In BLANCHARD-LAVILLE, (Cl.) & FABLET, (D.) (Eds), L'analyse des pratiques professionnelles, 1996, Paris, L'Harmattan, pp. 27-49.

²²⁷ BECKERS, (J.), Capaes, chapitre 2, notes de cours, 2006-2007, en ligne.

Figure 16, Identité individuelle ou collective

Identité individuelle ou collective (d'après Barbier, 1996)



2. La construction professionnelle fruit de la construction sociale de l'identité

C. DUBAR (déjà cité) présente l'identité comme étant le produit de socialisations successives, la socialisation étant un ensemble de transaction entre l'individu et les instances sociales qui l'entourent.

La socialisation primaire a lieu dans la famille. La socialisation secondaire a lieu quand l'individu participe à d'autres groupes sociaux comme l'école au premier plan mais également les copains, les groupes sportifs, le travail. Ces différents groupes peuvent avoir des règles contradictoires mais elles permettent des reconstructions successives de l'individu ce qui donne au total sa singularité dans ses dimensions mentales et affectives. La socialisation professionnelle fait partie de cette socialisation secondaire.

DUBAR postule que les processus de socialisation sont à la fois diachroniques et synchroniques. Il y aurait la « socialisation biographique » qui

représente l'histoire sociale de l'individu, sa vie est l'axe diachronique. Elle représente l'« identité pour soi », la définition de soi-même, résultat d'un compromis entre l'identité héritée et celle visée que la personne revendique comme sienne. Elle peut être aussi bien continuité que rupture entre le passé (identité héritée) et un projet (identité héritée). Il met également en exergue la « socialisation relationnelle » qui représente les interactions des acteurs est synchronique. Elle repose sur deux processus de construction identitaire : l'attribution et l'incorporation.

Toute personne qui s'engage dans une action collective se voit attribuer une identité par (et pour) autrui (« comment les autres me voient »). Dans le cadre du travail existent des pratiques communes qui renvoient à la notion d'« être du métier ». L'intériorisation de cette nouvelle identité est progressive et fluctuante pour ceux qui « entrent dans le métier » et qui ne font pas encore partie de ceux qui « ont du métier ». Les savoir-faire de ces derniers sont un modèle pour ceux qui ne possèdent alors que des bases théoriques. L'incorporation se fait en tension entre deux tendances diamétralement opposées : d'une part, une propension à l'identification (se définir à l'image d'un autre ou d'un groupe auquel on souhaiterait appartenir) et d'autre part, une tendance à la différenciation (repérer ses différences et prendre ses distances par rapport à cet autre ou au groupe)

Pour C. DUBAR, l'identité pour autrui relevant du processus de socialisation relationnelle suppose une transaction entre les identités attribuées par autrui (individus et institutions) et les identités incorporées. Cette transaction renvoie à la dualité reconnaissance/non-reconnaissance. Au total, l'image que l'individu se construit est la résultante de ces deux processus de socialisation. Citant RD. LAING²²⁸, C. DUBAR conclut : En effet, l'incorporation « *ne peut s'analyser en dehors des trajectoires sociales par et dans lesquelles les individus se construisent* » « *des identités pour soi* » qui ne sont rien d'autre que « *l'histoire qu'ils se racontent sur ce qu'ils sont* »... Sans cette légitimité subjective, on ne peut parler d'identité pour soi ».

La socialisation biographique offre peu de prise à la formation professionnelle sauf en des réminiscences d'expériences passées négatives. Elle jouera par contre un rôle de médiateur pour affronter les formes socialisées du

²²⁸ LAING, (R.D.), *Le Soi et les autres*, 1971, Paris, Gallimard, 272 p.

métier ; ceci se manifeste surtout au moment de l'entrée dans le métier en étant sources de déséquilibre comme au moment où éventuellement le sujet est amené à changer d'emploi.

Trois mécanismes peuvent alors resurgir tels que les décrits HUGHES cité par C. DUBAR :

- « *Le passage à travers le miroir* », c'est-à-dire l'immersion dans la culture professionnelle fait apparaître de nombreuses contradictions avec la culture profane. L'image du métier (normes, règles et valeurs) peut entrer en conflit avec l'image de soi dans le métier. La crise et le dilemme entre l'envie de reconnaissance et « *l'identification difficile avec le rôle* » ne peuvent se dissiper que par un renoncement volontaire aux stéréotypes professionnels.
- Puis, le formé s'installe dans une forme de dualité entre le modèle idéal et le modèle pratique à propos des quatre éléments qui, selon Hughes, constituent la base de l'identité professionnelle (la nature des tâches, la conception des rôles, l'anticipation de la carrière et l'image de soi dans le métier). Au modèle idéal sont associées la dignité de la profession, l'image de marque et la valorisation symbolique. Au modèle pratique sont liés les tâches quotidiennes et les « *durs travaux* ».
- Enfin, l'individu « *ajuste la conception de Soi* », c'est-à-dire qu'il reconstitue son identité en prenant en compte ses capacités physiques, mentales, personnelles.

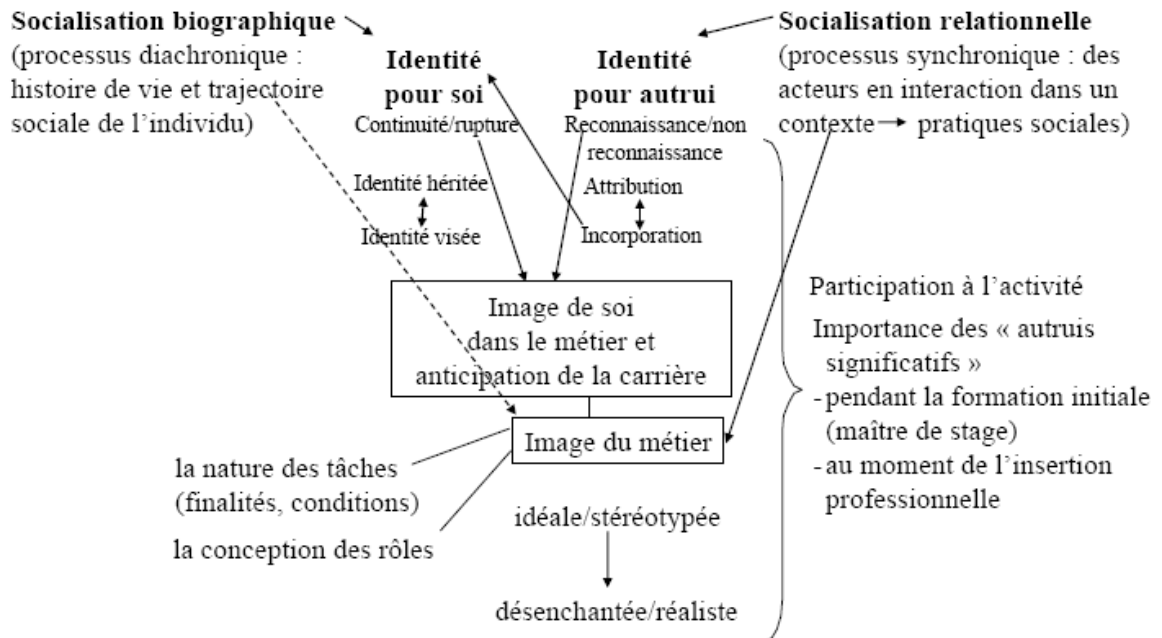
La construction d'un groupe de référence (en tant qu'« *autrui significatifs* »), l'institution de formation et les médias peuvent jouer des rôles dans la gestion des images positives ou négatives et des processus d'identifications.

Certains métiers, par contre, en offrant des tâches et des rôles proches du quotidien (s'occuper d'enfants par exemple) font que le modèle doit être en rupture avec le vécu quotidien d'où la nécessité pour les formateurs d'offrir d'autres images plus réalistes du métier.

Nous pouvons résumer ce qui précède dans la figure suivante.

Figure 17, La construction de l'identité professionnelle

**La construction de l'identité professionnelle (d'après Dubar, 2000, 3e éd.) :
produit de processus de socialisation**



Au sein de la construction de l'identité professionnelle apparaissent des représentations que l'on pourrait qualifier de spécifiques et que nous allons étudier maintenant.

3. Des représentations professionnelles aux représentations socioprofessionnelles

M. BATAILLE²²⁹ les définit ainsi : « *Ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets*

²²⁹ BATAILLE, (M.), BLIN, (J.F.), MIAS, (C.), PIASER, (A.), Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles in L'Année de la recherche en Sciences de l'éducation, 1997, Paris, P.U.F.

saillants pour eux dans ce champ». Dans un autre article²³⁰, il complète comme suit : Ces représentations « comportent des éléments relevant de savoirs scientifiques et techniques, conscients, des éléments à dimension pratique conscients et inconscients (reprenant l'idée des savoirs par corps²³¹), des éléments de cognitions relationnelles, organisationnelles, institutionnelles, etc., le tout implicite et incorporé dans une représentation efficace pour guider les pratiques habituelles mais aussi pour faire face immédiatement et quasi automatiquement à l'irruption de l'imprévu. Cette représentation, commune aux individus travaillant ensemble, mais intégrée différemment selon leur position dans la structure, leur permet, quand ils ont des divergences à propos de leurs objets professionnels, de savoir qu'ils parlent de la même chose sans besoin de beaucoup de discours, et de savoir aussi pourquoi ils ont des divergences ».

M. LAC et P. RATINAUD²³¹ spécifient qu'il a été montré²³² que « lors d'une formation professionnalisante (dans l'exemple les élèves ingénieurs mais on peut en dire autant des groupes que nous allons étudier), la représentation du futur métier des étudiants subit une transformation interprétée comme un passage du social vers le professionnel. Il parle du stade des représentations « socioprofessionnelles ». Il semble donc selon eux nécessaire de bien séparer les représentations sociales des représentations professionnelles : « Cette spécification, peut être abordée,...comme un mouvement de (trans)formation compris comme le passage d'un état « social » à un état « professionnel » de la représentation et comme la « construction d'une nouvelle forme » de la représentation concernant un objet donné. La professionnalisation relèverait tout à la fois de l'acception dynamique et processuelle de la notion de passage et de sa définition plus « tangible » en terme de ce qui permet le lien, les allers-retours, entre la représentation sociale et professionnelle d'un objet. Le processus de professionnalisation renvoie donc aux aspects temporels et spatiaux de la notion de passage. La professionnalisation peut être abordée du point de vue des représentations grâce à la distinction théorique entre représentations sociales et représentations professionnelles. Il y aurait, dans ce cadre là, (trans)formation

²³⁰ BATAILLE, (M.), (1999), Représentation, Implication, Implication, Des représentations sociales aux représentations professionnelles, in GARNIER (C.), ROUQUETTE, (M.L.), (Eds), Les Représentations en éducation et formation, 1999, Montréal : Editions Nouvelles.

²³¹ LAC, (M.), RATINAUD, (P.), La professionnalisation : approche d'un processus représentationnel, Journal International sur les représentations sociales, 2005, vol. 2, n°1, 68-77.

²³² FRAYSSE B., Evolution des représentations socioprofessionnelles des élèves ingénieurs : étude diachronique comparative sur trois départements de l'INSA de Toulouse, Doctorat en Sciences de l'Éducation, Université de Toulouse-Le Mirail, 1996.

concomitante de l'objet et du groupe, du social vers le professionnel voire même du social par le professionnel ».

Ce dernier concept de « représentations socioprofessionnelles » nous paraît opérant pour tenter de comprendre les données concernant notre objet de recherche, le cannabis chez des acteurs en voie de professionnalisation.

Troisième partie :
Cerner et analyser la réalité

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les acteurs de prévention que nous avons enquêtés lors d'un précédent travail présentent des caractéristiques de consommation, de représentations différentes de la population générale du même âge. Ils consomment plus et pensent qu'autour d'eux le monde est à leur image à savoir que chacun consomme en ignorant largement que la population française est constituée aussi de personnes qui n'ont jamais rencontré le cannabis. Nous avons vu également que les analyses en régression logistique ont permis de mettre à jour des éléments qui n'apparaissaient pas lors des seules comparaisons pas χ^2 . Les éléments d'âge et de sexe ainsi que des aspects personnels tels que l'appartenance religieuse ou les notions de peur ou de prises de risque sont apparus comme des éléments déterminants influençant ou non l'expérimentation et la consommation de cannabis. Nous avons donc choisi de poursuivre et d'approfondir la première analyse en la diversifiant et en incluant la population des étudiants en médecine. En effet, lors de l'enquête EROPP 2002, le médecin est la première personne citée et ceci de façon extrêmement majoritaire. Nous avons donc inclus les étudiants en médecine en plus des populations habituelles d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés et de professeurs des écoles lors de l'enquête transversale/longitudinale que nous avons nommée « Au fil des ans ».

Deux enquêtes ont été menées afin de vérifier nos hypothèses sur la durée de la formation :

- Une enquête longitudinale « 1, 2, 3 » qui concerne les infirmiers, les éducateurs spécialisés et les professeurs des écoles. Elle reprend les grandes lignes de notre travail préliminaire en y rajoutant un questionnaire de connaissances sur les substances psychoactives et se propose de faire une évaluation sur trois temps de chacune des populations. Le but est essentiellement de voir si une même population évolue pendant sa formation concernant ses connaissances et par la même ses attitudes de consommation. Les étudiants en médecine non inclus dans le travail préliminaire ne l'ont pas été dans cette première enquête pour des raisons techniques (éclatement dû à des lieux de stage différents, assistance au cours non obligatoire)
- Une enquête Transversale/ longitudinale « Au fil des ans » : Cette enquête se propose d'évaluer outre les consommations et les connaissances, les normes

et les influences concernant la consommation de substances psychoactives. Quatre temps ont pu être réalisés pour les infirmiers et les éducateurs spécialisés : un pour chaque année de formation et un temps un an après la formation. Pour des raisons dues à leur formation, nous n'avons pu avoir que trois temps pour les professeurs des écoles et les étudiants en médecine. Sauf exception, les temps ne concernent pas les mêmes personnes ; c'est pour cela que nous l'avons dénommée transversale/ longitudinale.

Notre prochain chapitre va s'attacher à exposer de façon plus approfondie la méthodologie employée.

Chapitre 1 :

Matériels et méthodes

1. Construction des questionnaires :

Contrairement à notre travail préliminaire, nous n'avons pas employé de questionnaire déjà utilisé (comme EROPP 2002) mais nous nous sommes largement inspiré de cette première expérience pour la construction de l'enquête « 1, 2, 3 » alors que nous avons élaboré un questionnaire plus original pour l'enquête « Au fil des ans ».

A. Enquête longitudinale « 1, 2, 3 »

La base de ce questionnaire (cf. annexes) est donc celle de l'enquête EROPP 2002 sur les représentations, opinions et perceptions des substances psychoactives que nous avons utilisée précédemment. Certaines questions ont été supprimées car elles n'apportaient rien ou étaient redondantes. Nous avons au final conservé 65 questions au lieu des 92 initiales. Nous avons amélioré la métrologie à savoir que nous avons remplacé pour 28 d'entre elles les possibilités de résultats en quatre points de type : Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord par une échelle visuelle analogique (EVA) horizontale de 10 cm avec un choix allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord » (Q 9 à 12 puis 15-16, 18, 29-32), de « Une très mauvaise chose » à « Une très bonne chose » (Q 13, 14, 17) ou encore de « Très mal informé » à « Très bien informé » (Q 28), « Pas du tout » à « Très fortement » (Q 33-34), « Pas peur du tout » à « Très peur » (Q 35-45).

En effet, dans les cas précédents, les réponses en quatre points ne permettaient pas d'exprimer une opinion médiane.

Les questions de 3 à 59 renseignent sur les opinions, perceptions et représentations des enquêtés par rapport aux substances psychoactives. En leur sein,

certaines questions s'intéressent au cannabis (Q 3, 6 à 12,14, 16 et 50), sa consommation (Q 52 à 55), la question 59 pose la question de l'estimation de la consommation de cannabis par la population française dans son ensemble. Viennent ensuite une batterie de 12 questions sur des connaissances que l'on peut acquérir concernant les substances psychoactives si on se dit bien renseignés ou dans le cadre d'un enseignement sur le sujet. Six d'entre elles (Q 60 à 64 et 71) concernent la consommation de cannabis.

Néanmoins, ces questions de connaissances peuvent avoir des réponses différentes suivant la consommation ou non de produits. On peut penser, par exemple, que les sujets dépendants du cannabis ou ayant une consommation extrêmement régulière de cannabis vont avoir des difficultés de réponses aux questions 62 (« En France, la détention d'une petite quantité de cannabis (moins de 5g) est tolérée par la Loi ») ou 64 « (Le cannabis n'entraîne pas de dépendance »). Ces questions renseignent donc à la fois sur des connaissances et sur des représentations que peuvent avoir les sujets enquêtés. Enfin, afin d'explorer l'influence familiale de l'orientation professionnelle, nous avons demandé la profession des deux parents (Q 78-79) à la fin des six questions sociodémographiques (Q 72-77) complétant les deux premières (âge et sexe).

Nous devons le proposer au départ de chaque formation, idéalement dans les premières semaines puis à la fin de la première année puis en début de seconde année. Nous analyserons dans la partie résultats les difficultés que nous avons eues.

B. Enquête transversale/longitudinale : « Au fil des ans »

Le questionnaire commence comme le précédent par deux questions concernant le sexe et l'âge (Q 1-2).

Les cinq questions suivantes (Q 3-7) concernent l'opinion qu'auraient les parents de l'enquêté s'ils apprenaient les conduites de consommation de leur enfant. Elles se présentent de la façon suivante.

- 5) Comment réagiraient **VOS PARENTS** s'ils apprenaient que vous fumez occasionnellement du cannabis ?
Seraient-ils ?

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

Sur le même mode, les questions 8 à 12 explorent les opinions des amis. Les questions 13 et 14 demandent une estimation de la consommation occasionnelle et quotidienne chez les personnes du même âge.

Enfin, dans le même ordre d'idée que les questions 3 à 12, les questions 15 à 20 explorent les représentations que se font par exemple pour les élèves infirmiers, de la consommation des infirmiers déjà diplômés.

- 19) Pour vous, un(e) infirmier (e) qui fume occasionnellement du cannabis c'est :**

Pas du tout normal |-----| Tout à fait normal

- 20) Pour vous, un(e) infirmier (e) qui fume du cannabis tous les jours c'est :**

Pas du tout normal |-----| Tout à fait normal

Les questions 21 à 26 explorent la consommation de substances psychoactives (21-22 tabac ; 23-24 alcool ; 25-26 cannabis).

De la même façon que le questionnaire « 1, 2, 3 » viennent ensuite le questionnaire de connaissances générales (Q27-38) ainsi que des questions sociodémographiques identiques (Q39-46).

Notre intention était de faire une coupe à quatre moments de la formation. Le schéma idéal est réalisé chez les infirmiers et les éducateurs spécialisés où nous avons pu les contacter dans chaque année de formation (qui dure trois ans) et un an après la formation grâce à un système d'envoi différé sur lequel nous reviendrons dans le prochain paragraphe.

Nous avons connu plus de difficultés pour les étudiants en médecine et les professeurs des écoles où nous n'avons pu avoir que trois mesures à la fois pour des raisons dues à la durée différente des études (six ans et plus pour médecine, deux au maximum pour les professeurs des écoles) mais également pour des raisons d'éparpillement des étudiants à partir du moment où ils sont en stage.

Attachons nous maintenant à analyser les conditions et les spécificités de chaque groupe.

2. Les populations étudiées, les effectifs, la passation des questionnaires

A. *L'enquête longitudinale « 1, 2, 3 »*

Les mesures que nous voulions réaliser à trois temps en débutant dès les premiers jours de l'entrée en formation avec les suivantes à six mois et un an se sont vues décalées dans le temps et n'ont pu commencer qu'à partir de janvier 2006 alors que l'enseignement avait déjà débuté depuis quatre mois. Les raisons en furent techniques. Il n'y a pas eu d'opposition des responsables des différents établissements mais plutôt de multiples petits retards accumulés.

(a) Les élèves éducateurs spécialisés

La population que nous avons étudiée est celle de l'Unité de Formation des Travailleurs Sociaux de Vic-le-Comte dans le Puy-de-Dôme. Cette population avait déjà été enquêtée par nos soins deux ans auparavant. Il existe un partenariat ancien avec cette école et l'enseignement concernant les toxicomanies prend entre autres la forme d'un enseignement théorique effectué par mes soins sur 10 à 12 heures en trois

séances. Cet enseignement a lieu en 2^{ème} ou 3^{ème} année. Les étudiants viennent librement en cours. Ils ont du mal à arriver à l'heure, la pose de la matinée s'éternise ; quelquefois, les rangs se clairsement juste après. Néanmoins, lorsque les étudiants sont intéressés, le cours prend l'allure d'un échange extrêmement vivant et parler du cannabis (entre autre) avec les étudiants permet souvent d'apporter des réponses face à des pseudos certitudes. Certains étudiants de 3^{ème} année à qui on restituait l'enquête proposée l'année d'avant soulignaient devant leurs collègues leur évolution par rapport à leur consommation de cannabis en particulier au moment de la rédaction de leur mémoire professionnel et dans la proximité des examens. Les étudiants enquêtés cette année ont eu leur premier questionnaire dans les anciens locaux (l'école a fait l'objet d'un regroupement avec d'autres structures à la rentrée 2006/07 et se situe à Clermont Ferrand se renommant Institut Régional du Travail Social en Auvergne). Les questionnaires distribués par l'enseignant responsable de la promotion ont eu bien peu de succès puisque 7 seulement sont revenus (sur 65 distribués). Une certaine confiance en l'autonomie trouve ici ses limites. Le fait de n'avoir pas présenté le questionnaire et de ne pas avoir réalisé sa passation immédiatement nous a amené à modifier la stratégie pour les deux mesures suivantes. L'enseignant responsable a indiqué que le questionnaire servirait de base à un travail de recherche et que la personne qui menait cette recherche leur ferait cours dans leur cursus. Il y eu un peu plus de succès pour la deuxième mesure mais la troisième revint pratiquement au niveau initial.

(b) Les élèves infirmiers

Ce sont les étudiants de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Vichy (Allier). Nous avons là aussi un partenariat étroit avec cette structure. Nous prodiguons lors de la deuxième année du cursus qui en comporte trois un enseignement sur les toxicomanies sur huit heures en une ou deux sessions. Les étudiants sont assez ponctuels et respectueux de leur interlocuteur. Rapidement, le sujet les intéressent généralement (on leur parle d'eux ou de gens qui leur ressemblent tellement) que le cadre du cours théorique est vite débordé. Les trois questionnaires ont été distribués après une explication du travail mené par l'enseignant responsable du module au début d'un cours et ont été ramassés dans la

foulée de la passation. Ceci explique le haut niveau de retour sur environ 90 étudiants.

(c) Les professeurs des écoles en formation

Ce sont essentiellement ceux de l'IUFM de Saint-Etienne. Les questionnaires ont été passés après avoir expliqué brièvement le travail entrepris. La structure des études sur deux ans avec une deuxième année dévolue aux stages de terrain explique à la fois le fort taux de retour pour la première année (PE1) et celui faible pour la deuxième année (PE2). Nous n'avons pu effectuer par conséquent de troisième mesure.

Les résultats sont résumés dans le tableau suivant. Nous avons récolté au total pour cette enquête 359 questionnaires.

Tableau 14, Effectifs des questionnaires « 1, 2, 3 »

	Questionnaire n°1 (Janvier/Février 2006)	Questionnaire n°2 (Octobre/Novembre 2006)	Questionnaire n°3 (Février/Mars 2007)	
IUFM	99	23	/	122
IFSI	85	61	51	197
UFTS	7	23	10	40
	191	107	61	

B. L'enquête transversale/longitudinale : « Au fil des ans »

Comme il s'agit d'une enquête transversale, nous n'avons pas eu à suivre la même population d'année en année ce qui compte tenu du temps dédié à ce travail n'était pas possible (par exemple la durée des études de médecine est de six ans avant la spécialisation).

(a) Les élèves éducateurs spécialisés

Il s'agit toujours des étudiants de l'UFTS de Vic-le -Comte. Les modalités furent différentes à la lueur de l'expérience du questionnaire « 1, 2, 3 ».

Pour les 1^{ère}s années, c'est lors d'une visite dans l'école que les élèves ont été « invités » par mes soins à remplir les questionnaires dont les buts leur furent présentés en leur indiquant qu'il serait renseignés de façon plus ample lors de l'enseignement dispensé en 2^{ème} année. On obtient ainsi un résultat plus encourageant de 33 retours.

Pour les 2^{ème}s années, nous avons connu les mêmes écueils que pour « 1, 2, 3 ». En fait, comme nous avons fait la coupe en même temps, nous n'avions encore pas pris la mesure des difficultés. Nous obtenons ainsi 22 questionnaires.

Les 3^{ème}s années ont fait l'objet d'un traitement différent. Lorsque nous avons voulu les joindre en avril/mai 2006, ils avaient d'autres préoccupations puisqu'ils finissaient un stage, rendaient dossiers et mémoires, révisaient leurs examens. Nous avons demandé à profiter d'un envoi administratif de leur école. Nous avons remis dans une enveloppe 21 x 29,7 un questionnaire anonyme avec une enveloppe timbrée à notre adresse professionnelle ainsi qu'un coupon indiquant l'adresse où l'on pourrait joindre la personne l'année d'après avec une deuxième enveloppe timbrée à mon adresse permettant un envoi séparé. Ces envois séparés étaient le garant de l'anonymisation des questionnaires. Une notice expliquait les raisons de l'envoi et l'intérêt pour la recherche. Nous avons ainsi récolté 28 questionnaires sur les 51 envois (55%).

Pour les étudiants de l'année d'après, nous avons fait un envoi grâce aux 28 adresses collectées et nous avons eu 20 retours (71 %) ce qui compte tenu des recueils précédents et pour ce type d'enquêtes est loin d'être négligeable.

(b) Les élèves infirmiers

Ce sont toujours ceux de l'IFSI de Vichy.

Pour les 1^{ère}s et 2^{ème}s années, c'est l'enseignant responsable qui informe, distribue et collecte dans un temps de cours les questionnaires. Le retour est là encore très satisfaisant.

Pour les 3^{ème}s années, c'est lors de la présentation de l'enquête précédemment menée que j'ai personnellement distribué les questionnaires. La participation étant volontaire, les effectifs étaient moindres mais néanmoins estimables (42 personnes). Nous avons également demandé lors de cette session de laisser une adresse où l'on pourrait les joindre l'année d'après. Les adresses furent notées sur des feuilles libres indépendantes du questionnaire qui était en train d'être complété ce qui là aussi garantissait l'anonymat.

Pour l'année d'après, nous avons donc adressé dans une grande enveloppe le questionnaire ainsi qu'une enveloppe timbrée pour le retour. Nous obtînmes 33 réponses soit plus de 78 % de réponses.

(c) Les professeurs des écoles en formation

Ils fréquentent le site de Saint Etienne de l'IUFM de l'Académie de Lyon pour les PE1 ET PE2 à la faveur de divers regroupements au cours de l'année, ce qui explique le nombre plus important de PE2.

Nous avons pour l'année d'après obtenu des questionnaires chez des professeurs venant pour des sessions de formation continue ou de perfectionnement ce qui explique qu'aucun d'entre eux n'a rempli les items concernant la perception que leurs parents pourraient avoir de leurs diverses consommations.

(d) Les étudiants en médecine

C'est une des nouveautés de ce questionnaire par rapport à l'enquête « 1, 2, 3 » que d'intégrer les étudiants en médecine de la Faculté de Médecine de Clermont Ferrand. En effet, comme nous l'avons noté à plusieurs reprises, le médecin demeure le personnage le plus investi par la population lorsqu'il s'agit de prévention des addictions.

La première année des études de médecine est une année de sélection. Nous avons donc choisi d'enquêter ces futurs professionnels à partir du moment où ils entrent en formation à l'orée de leur seconde année. Ils doivent subir à ce moment-là une « visite médicale » obligatoire au Service de Santé Inter Universitaire. Le Pr. Laurent GERBAUD, directeur de ce service a bien voulu accepter de rédiger un courrier accompagnant le questionnaire pour expliquer les motifs. Le caractère « obligatoire » a valu aussi pour le questionnaire car nous avons obtenu 166 réponses. Malheureusement, les étudiants en médecine ne semblent pas être familiers des échelles visuelles analogiques puisque seulement 40,7% (66/162) des données étaient valides (les données non valides correspondent à des positions sur l'une ou l'autre des extrémités de l'échelle).

Pour notre deuxième mesure, nous avons choisi de nous adresser aux étudiants hospitaliers lors de leur stage en service de psychiatrie. Puisque ce stage est obligatoire, un échantillon de la population qui fréquente ce stage peut être considéré comme aléatoire et représentatif de ce groupe. Nous avons sollicité dans un premier temps l'accord du doyen qui nous accordé son autorisation. Il en fût de même de la part des deux chefs de service de Psychiatrie : les Pr. Isabelle JALENQUES (Psychiatrie A) et Pierre-Michel LLORCA (Psychiatrie B). Les questionnaires ont été remis aux étudiants en début de stage dans une enveloppe non cachetée comprenant une lettre d'accompagnement et le questionnaire. Ils devaient remettre cette enveloppe cachetée une fois l'enquête remplie. Là encore l'absence de marque distinctive sur l'enveloppe garantissait l'anonymat des résultats. Les questionnaires ont été distribués courant mai 2007. Nous avons eu 27 retours. Trois questionnaires sont revenus fin août et n'ont pas été inclus.

Il était difficile d'envisager une autre mesure au sein des études de médecine. Nous avons donc tenté d'effectuer une mesure pour le temps « l'année d'après ».

Pour se faire, nous avons profité de la réalisation d'un enseignement sur les conduites addictives auprès des internes de spécialité « Médecine générale » pour commencer le cours par la passation du questionnaire. Sur les trente cinq personnes présentes, seules 23 ont rempli le questionnaire. Les autres ont manifesté une opposition active en énonçant leur mécontentement d'être encore une fois « enquêtés », « fliqués », etc. Ce sont les mêmes qui au décours de l'enseignement étaient véhéments pour affirmer qu'il n'y avait pas de dépendance physique au cannabis.

Y voir un rapport de cause à effet est un pas que nous ne franchirons pas !

Nous avons également choisi d'enquêter les internes de spécialité « Psychiatrie ». Nous leur avons adressés comme pour les étudiants hospitaliers une enveloppe avec notice et questionnaires ainsi qu'une enveloppe à mon adresse. Nous en avons récolté 21 sur 31 (68 %).

Les effectifs sont résumés dans le tableau suivant. Nous avons récolté 692 questionnaires.

Tableau 15, Effectifs questionnaire « Au fil des ans »

	1^{ière} année	2^{ème} année	3^{ème} année	L'année d'après	
IUFM	45	72	/	24	141
IFSI	78	62	42	33	215
UFTS	33	22	28	20	103
ETUD MED	162	27		44	233
	318	183	70	121	

3. Règles générales d'analyse.

A. Questionnaires « 1, 2,3 »

Nous avons du procéder à la mise en place de certaines règles afin de pouvoir accéder à l'analyse des données. Nous les exposons maintenant.

(a) Définition du fumeur de cannabis

Les questions 52, 53 et 54 doivent se comprendre de la façon qui suit.

Question 52 : Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ou du haschich :

- 1) Oui
- 2) Non

⇒ Variable « a déjà fumé du cannabis » = exp_canna :

N'a jamais fumé de cannabis : exp_canna=0 si q52=2

A déjà fumé du cannabis: exp_canna=1 si q52=1

Question 53 : Pour ceux (celles) qui ont déjà fumé (du cannabis ou du haschich), l'avez-vous fait au cours des 12 derniers mois :

- 1) Oui
- 2) Non

⇒ Variable « consommateur (12mois) de cannabis » = f_canna12 :

Non consommateur de cannabis : f_canna12=0 si q53=2

Consommateur de cannabis : f_canna12=1 si q53=1

Question 54 : Pour ceux (celles) qui ont déjà fumé (du cannabis ou du haschich), l'avez-vous fait au cours du dernier mois :

- 1) Oui
- 2) Non

⇒ Variable « consommateur (1mois) de cannabis » = f_canna1 :

Non consommateur de cannabis : f_canna1=0 si q54=2

Consommateur de cannabis : f_canna1=1 si q54=1

Description des regroupements de modalités de réponses :

Nous avons du regrouper pour certaines questions les réponses de la façon suivante :

Question 3 : Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du haschisch ou du cannabis ?

- 1) C'est dangereux dès qu'on essaye
- 2) C'est dangereux à partir du moment où on en fume de temps en temps

- 3) C'est dangereux à partir du moment où on en fume tous les jours ou plusieurs fois par jour.
- 4) Ce n'est jamais dangereux

Questions 60 à 71 : connaissances générales :

- 1) D'accord
- 2) Ne sait pas
- 3) Pas d'accord

Question 73 : Avez-vous des enfants :

- 1) Oui
- 2) Non

Question 74 : Quel est votre statut marital ?

- 1) Célibataire, divorcé(e), veuf(ve)
- 2) Concubinage, pacsé(e), marié ou remarié(e)

Question 75 : Pouvez-vous me dire quelle est votre religion si vous en avez-une ?

- 1) Catholique
- 2) Sans ou autre religion

Question 76 : Tous les combien allez-vous à la messe, au culte ou aux offices religieux ?

- 1) Plus d'une fois par mois ou aux grandes fêtes religieuses
- 2) Uniquement pour les cérémonies, baptêmes et enterrements
- 3) Jamais

Question 77 : Sur le plan politique, comment vous-classez-vous ?

- 1) A gauche
- 2) Au centre
- 3) A droite
- 4) Ni à gauche, ni à droite

Questions 78 et 79 : Profession des parents :

- 1) Agriculteurs
- 2) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3) Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4) Professions intermédiaires
- 5) Employés
- 6) Ouvriers
- 7) Retraités

8) Autres personnes sans activité professionnelle

(b) Score de connaissances générales

Nous avons élaboré dans nos enquêtes un questionnaire destiné à évaluer les connaissances des acteurs de prévention en formation. Voici les réponses que nous attendions et le score que nous avons choisi d'affecter à chacune des réponses.

Les 12 questions de connaissances générales des questionnaires (5 modalités de réponses chacune) permettent de créer un score compris entre 0 et 12.

Tableau 16, Réponses au questionnaire de connaissances générales

Questions	Scores
1. Un joint de cannabis n'est pas plus dangereux qu'une cigarette.	
Plutôt d'accord	0
D'accord	0
Ne sait pas	0
Plutôt pas d'accord	0,5
Pas du tout d'accord	1
2. Le cannabis augmente les effets de l'alcool.	
Plutôt d'accord	0,5
D'accord	1
Ne sait pas	0
Plutôt pas d'accord	0
Pas du tout d'accord	0
3. En France, la détention d'une petite quantité de cannabis (moins de 5g) est tolérée par la Loi.	
Plutôt d'accord	0
D'accord	0
Ne sait pas	0
Plutôt pas d'accord	0,5
Pas du tout d'accord	1
4. Le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie.	
Plutôt d'accord	0,5
D'accord	1
Ne sait pas	0
Plutôt pas d'accord	0
Pas du tout d'accord	0
5. Le cannabis n'entraîne pas de dépendance.	
Plutôt d'accord	0
D'accord	0
Ne sait pas	0
Plutôt pas d'accord	0,5
Pas du tout d'accord	1
6. L'alcool est un stimulant.	
Plutôt d'accord	0
D'accord	0
Ne sait pas	0
Plutôt pas d'accord	0,5
Pas du tout d'accord	1

7. Il est moins dangereux d'être ivre avec une seule boisson alcoolique qu'en faisant des mélanges. Plutôt d'accord D'accord Ne sait pas Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord	0 0 0 0,5 1
8. Il vaut mieux boire trois verres (25 cl) de bière par jour pour un homme que trois verres (2,5 cl) de Whisky. Plutôt d'accord D'accord Ne sait pas Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord	0 0 0 0,5 1
9. On ne peut pas devenir alcoolique à 20 ans. Plutôt d'accord D'accord Ne sait pas Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord	0 0 0 0,5 1
10. On ne peut pas devenir alcoolique en buvant seulement de la bière. Plutôt d'accord D'accord Ne sait pas Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord	0 0 0 0,5 1
11. Un jeune de moins de 16 ans peut acheter des cigarettes pour son père. Plutôt d'accord D'accord Ne sait pas Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord	0 0 0 0,5 1
12. Contrairement à l'alcool, fumer du cannabis n'affecte pas la conduite automobile. Plutôt d'accord D'accord Ne sait pas Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord	0 0 0 0,5 1

(c) Tests statistiques utilisés

Pour les comparaisons globales, les différents indicateurs ont été comparés globalement par :

- Pour les variables qualitatives : des tests du Khi-deux, ou des tests de Fisher quand les conditions d'application du Khi-deux n'étaient pas respectées (c'est-à-dire lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5),

- Pour les variables quantitatives : des tests d'analyse de variance paramétriques (ANOVA) ou non paramétriques de comparaison de moyennes (Kruskal-Wallis) si les échantillons avaient des effectifs inférieurs à 30).

Les tests ont été effectués avec un risque d'erreur global de première espèce de $\alpha=10\%$.

Pour les comparaisons deux à deux, les tests suivants ont été utilisés avec une correction de Bonferroni²³³.

- Pour les variables qualitatives : des tests du Khi-deux, ou des tests de Fisher quand les conditions d'application du Khi-deux n'étaient pas respectées (c'est-à-dire lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5),
- Pour les variables quantitatives : des tests de comparaison de moyennes paramétriques (Student) ou des tests non paramétriques (Mann-Whitney).

B. Questionnaires « Au fil des ans »

Nous avons procédé de même pour les questionnaires « Au fil des ans »

(a) Définition du fumeur de cannabis

Pour les questions concernant la consommation de cannabis, nous avons défini les groupes de la façon suivante.

Question 25 : En ce qui vous concerne, par rapport au cannabis :

- 1) Je n'ai jamais fumé
- 2) J'ai fumé une fois ou deux
- 3) Je fume occasionnellement (les fins de semaine)
- 4) J'ai fumé régulièrement dans le passé

²³³ La correction de Bonferroni consiste à diviser le risque α par le nombre n de comparaisons à tester. Si on compare quatre valeurs entre elles, le risque α sera de $0,10/6=0,016$. Si une valeur de p est inférieure à $0,016$, on dira que la différence est significative au risque de 10%. Si on compare trois valeurs entre elles, le risque α sera de $0,10/3=0,033$. Si une valeur de p est inférieure à $0,033$, on dira que la différence est significative au risque de 10%.

5) Je fume régulièrement (plus de cinq fois dans une semaine)

Variable « consommateur de cannabis » = f_canna :

Non consommateur de cannabis : $f_canna = 0$ si $q25=1, 2,4$

Consommateur de cannabis : $f_canna = 1$ si $q25=3,5$

Variable « a déjà fumé du cannabis » = exp_canna :

N'a jamais fumé de cannabis : $exp_canna=0$ si $q25=1$

A déjà fumé du cannabis: $exp_canna=1$ si $q25=2, 3, 4,5$

(b) Description des regroupements de modalités de réponses

De la même façon, nous avons regroupés les items de la façon suivante :

Question 21 : En ce qui vous concerne, par rapport au tabac :

- 1) Je n'ai jamais fumé
- 2) J'ai fumé une fois ou deux
- 3) Je fume (occasionnellement ou régulièrement)
- 4) J'ai fumé régulièrement dans le passé

Pour les régressions logistiques :

Question 21 : En ce qui vous concerne, par rapport au tabac :

- 0) Je n'ai jamais fumé, ou une fois ou deux, ou régulièrement dans le passé
- 1) Je fume (occasionnellement ou régulièrement)

Question 22 : J'ai fumé pour la première fois du tabac :

- 1) Avant 15 ans
- 2) A partir de 16 ans
- 3) Je n'ai jamais fumé

Question 23 : En ce qui vous concerne, par rapport à l'alcool :

- 1) Je n'ai jamais bu
- 2) Je bois dans les grandes occasions, lors de soirées festives
- 3) Je bois au moins cinq fois dans une semaine ou tous les jours

Question 24 : J'ai bu pour la première fois de l'alcool :

- 1) Avant 15 ans
- 2) A partir de 16 ans
- 3) Je n'ai jamais bu d'alcool

Question 25 : En ce qui vous concerne, par rapport au cannabis :

- 3) Je n'ai jamais fumé
- 4) J'ai fumé une fois ou deux
- 5) Je fume (occasionnellement ou régulièrement)
- 6) J'ai fumé régulièrement dans le passé

Question 26 : J'ai fumé pour la première fois du cannabis :

- 1) Avant 15 ans
- 2) A partir de 16 ans
- 3) Je n'ai jamais fumé de cannabis

Questions 27 à 38 : connaissances générales :

- 1) D'accord
- 2) Ne sait pas
- 3) Pas d'accord

Question 40 : Avez-vous des enfants :

- 1)Oui

2 Non

Question 41 : Quel est votre statut marital ?

- 1) Célibataire, divorcé(e), veuf (ve)
- 2) Concubinage, pacsé(e), marié ou remarié(e)

Question 42 : Pouvez-vous me dire quelle est votre religion si vous en avez-une ?

- 1) Catholique
- 2) Sans ou autre religion

Question 43 : Tous les combien allez-vous à la messe, au culte ou aux offices religieux ?

- 1) Plus d'une fois par mois ou aux grandes fêtes religieuses
- 2) Uniquement pour les cérémonies, baptêmes et enterrements
- 3) Jamais

Question 44 : Sur le plan politique, comment vous-classez-vous ?

- 1) A gauche
- 2) Au centre
- 3) A droite
- 4) Ni à gauche, ni à droite

Questions 45 et 46 : Profession des parents :

- 1) Agriculteurs
- 2) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3) Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4) Professions intermédiaires
- 5) Employés

- 6) Ouvriers
- 7) Retraités
- 8) Autres personnes sans activité professionnelle

(c) Score de connaissances générales

Le test étant le même que pour les questionnaires « 1, 2, 3 », les résultats sont décrits ci-dessus.

(d) Tests statistiques

Ce sont les mêmes tests que pour les questionnaires « 1, 2, 3 » (voir ci-avant en 3 A (c))

4. Que veut-on vérifier ?

Rappelons encore une fois ce qui nous semble important à mettre en avant pour la vérification de nos hypothèses. Ce sont d'abord les critères socio démographiques. Nous analyserons au premier chef les critères sociodémographiques tels que l'âge et le sexe. Nous avons vu leur importance dans un précédent travail. Nous avons vu également que la notion de religion apparaissait comme facteur lié à la consommation.

Nous nous intéresserons ensuite au score de connaissance générale. L'élaboration d'un questionnaire de connaissances générales sur les addictions et l'attribution d'un score doit permettre d'évaluer le rapport entre le savoir des étudiants dans les différentes formations et la consommation.

Nous focaliserons ensuite sur les représentations des parents, des amis et du métier. Comme nous l'avons précisé dans notre avant-propos, les représentations des différents acteurs par rapport à différents niveaux sociaux témoignant des socialisations successives peuvent nous renseigner sur les pratiques des acteurs de prévention en formation.

Nous nous intéresserons également à l'évolution au fil du temps. Elle sera évaluée à travers la diminution ou pas de la consommation au fil des années de formation. Tous ces critères seront rapportés autant qu'il sera en possible en fonction de la consommation et de l'expérimentation de cannabis.

Chapitre 2 :

Résultats de l'enquête longitudinale 1, 2, 3

1. Enquête « 1, 2, 3 » (longitudinale)

A. Odds- Ratios et risque relatif

Nous avons cherché pour deux facteurs stables le sexe et la formation les risques relatifs par rapport à la consommation de cannabis dans le mois, l'année et sur la vie.

Les comparaisons par année ne sont jamais significatives et/ou impossibles à réaliser en raison du nombre insuffisant de questionnaire.

On peut conclure de manière statistiquement significative si l'intervalle de confiance ne comprend pas le 1.

(a) Le genre

Population totale :

Tableau 17, Consommations de cannabis dans la population totale

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Hommes	27,78	72,22	47,37	52,63	77,08	22,92
Femmes	24,74	75,26	40,21	59,79	56,91	43,09
Risque Relatif	RR=1,12 IC= [0,62 ; 2,01]		RR=1,18 IC= [0,80 ; 1,72]		RR=1,35 IC= [1,12 ; 1,63]	

Il ressort de cette analyse que :

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois est 1,12 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois est 1,18 fois plus important - chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,35 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

(b) IFSI

Tableau 18, Consommations de cannabis IFSI

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Hommes	18,75	81,25	50	50	72,73	27,27
Femmes	25	75	41,96	58,04	54,29	45,71
Risque Relatif	RR=1,33 IC= [0,45 ; 3,89]		RR=1,19 IC= [0,69 ; 2,04]		RR=1,34 IC= [1,00 ; 1,79]	

Pour les élèves infirmiers :

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois est 1,33 fois plus important chez les femmes que chez les hommes (mais non significatif).

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois est 1,19 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,34 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

(c) IUFM

Tableau 19, Consommations de cannabis IUFM

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Hommes	36,36	63,64	50	50	68,75	31,25
Femmes	19,35	80,65	33,87	66,13	58,49	41,51
Risque Relatif	RR=1,89 IC= [0,73 ; 4,78]		RR=1,48 IC= [0,75 ; 2,87]		RR=1,18 IC= [0,81 ; 1,70]	

Pour les enseignants et futurs enseignants :

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois est 1,89 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois est 1,48 fois plus important - chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,18 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

(d) UFTS

Tableau 20, Consommations de cannabis UFTS

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Hommes	33,33	66,67	40	60	100	0
Femmes	40	60	50	50	66,67	33,33
Risque Relatif	RR=1,20 IC= [0,41 ; 3,50]		RR=1,25 IC= [0,52 ; 3,01]		RR=1,50 IC= [1,16 ; 1,94]	

Pour les futurs éducateurs spécialisés :

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois est 1,20 fois plus important chez les femmes que chez les hommes (mais non significatif).

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois est 1,25 fois plus important chez les femmes que chez les hommes (mais non significatif).

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,50 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

B. Différences entre les formations

Le but du test suivant est de comparer le risque relatif de consommation de cannabis dans le mois, l'année et au cours de la vie entre chaque formation.

(a) IFSI versus IUFM

Tableau 21, Consommations de cannabis IFSI vs IUFM

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
IFSI	24,19	75,81	42,97	57,03	56,35	43,65
IUFM	21,92	78,08	36,49	63,51	59,84	40,16
Risque Relatif	RR=1,10 IC= [0,64 ; 1,89]		RR=1,18 IC= [0,82 ; 1,69]		RR=1,06 IC= [0,87 ; 1,29]	

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois est 1,10 fois plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de l'IUFM (mais non significatif).

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois est 1,18 fois plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de l'IUFM (mais non significatif).

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,06 fois plus important chez les acteurs de prévention de l'IUFM que chez ceux de l'IFSI (mais non significatif).

(b) IFSI versus UFTS

Tableau 22, Consommations de cannabis IFSI vs UFTS

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
IFSI	24,19	78,81	42,97	57,03	56,35	43,65
UFTS	37,93	62,07	46,67	53,33	75	25
Risque Relatif	RR=1,57 IC= [0,89 ; 2,75]		RR=1,09 IC= [0,70 ; 1,68]		RR=1,33 IC= [1,07 ; 1,66]	

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois est 1,57 fois plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IFSI (mais non significatif).

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois est 1,09 fois plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IFSI (mais non significatif).

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,33 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IFSI.

(c) UFTS vs IUFM

Tableau 23, Consommations de cannabis UFTS vs IUFM

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
IUFM	21,92	78,08	36,49	63,51	59,84	40,16
UFTS	37,93	62,07	46,67	53,33	75	25
Risque Relatif	RR=1,73 IC= [0,91 ; 3,27]		RR=1,28 IC= [0,78 ; 2,09]		RR=1,25 IC= [0,99 ; 1,58]	

Le risque d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois est 1,73 fois plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IUFM (mais non significatif).

Le risque d’avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois est 1,28 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l’UFTS que chez ceux de l’IUFM (mais non significatif).

Le risque d’avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,25 fois plus important chez les acteurs de prévention de l’UFTS que chez ceux de l’IUFM (mais non significatif).

2. La consommation de cannabis

A. Analyse de la fréquences de consommation par formation

Tableau 24, Fréquence de consommation par formation

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Population totale	25,22	74,78	41,38	58,62	59,61	40,39
IFSI	24,19	75,81	42,97	57,03	56,35	43,65
IUFM	21,92	78,08	36,49	63,51	59,84	40,16
UFTS	37,93	62,07	46,67	53,33	75	25

B. Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations

Dans les tableaux suivant qui nous permettent de mettre en évidence les différences de consommation, nous avons utilisé le test du χ^2

Tableau 25, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations pour le dernier mois

A fumé du cannabis au cours du dernier mois (oui/non)	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
	IFSI	IUFM	UFTS	
IFSI	--	NS (0,72)	NS (0,13)	NS (0,23)
IUFM	NS (0,72)	--	NS (0,10)	
UFTS	NS (0,13)	NS (0,10)	--	

Tableau 26, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations pour les 12 derniers mois

A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois (oui/non)	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
	IFSI	IUFM	UFTS	
IFSI	--	NS (0,37)	NS (0,71)	NS (0,55)
IUFM	NS (0,37)	--	NS (0,34)	
UFTS	NS (0,71)	NS (0,34)	--	

Tableau 27, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations : expérimentation

A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie (oui/non)	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
	IFSI	IUFM	UFTS	
IFSI	--	NS (0,54)	NS (0,03)	0,09
IUFM	NS (0,54)	--	NS (0,08)	
UFTS	NS (0,03)	NS (0,08)	--	

Les étudiants de l'UTS sont toujours plus expérimentateurs que ceux de l'IFSI et de l'IUFM.

C. Comparaisons de la consommation de cannabis entre années par formation

Nous avons encore effectué une analyse avec le test du Khi ² et nous présentons dans les tableau suivant les résultats des différents croisements.

(a) IFSI

Tableau 28, Comparaisons de la consommation de cannabis IFSI « 1,2, 3 »

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Questionnaire 1	20,37	79,63	41,07	58,93	56,47	43,53
Questionnaire 2	25	75	47,62	52,38	59,02	40,98
Questionnaire 3	30	70	40	60	52,94	47,06

Les tests statistiques n'ont pu mettre en évidence de différences significatives. Le manque de puissance des tests dû à de faibles effectifs peut l'expliquer. On note une hausse constante de la consommation de cannabis au cours du dernier mois et une hausse en début de 2^{ème} année de formation de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois qui baisse ensuite. L'expérimentation augmente aussi en fin de 2^{ème} année de formation et baisse en fin de 2^{ème} année.

Les comparaisons des tests deux à deux ne sont jamais significatives (se reporter aux annexes)

(b) IUFM

Tableau 29, Comparaisons de la consommation de cannabis IUFM « 1,2, 3 »

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Questionnaire 1	20,69	79,31	37,29	62,71	58,59	41,41
Questionnaire 2	26,67	73,33	33,33	66,67	65,22	34,78

Les tests statistiques n'ont pu mettre en évidence de différences significatives. Le manque de puissance des tests dû à de faibles effectifs peut l'expliquer. On note une hausse importante de la consommation de cannabis au cours du dernier mois en début de 2^{ème} année. L'expérimentation augmente aussi en début de 2^{ème} année. La consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois baisse en début de 2^{ème} année.

Les comparaisons des tests deux à deux ne sont jamais significatives (se reporter aux annexes)

(c) UFTS

Tableau 30, Comparaisons de la consommation de cannabis UFTS « 1,2, 3 »

(en %)	A fumé du cannabis au cours du dernier mois		A fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Questionnaire 1	20	80	20	80	71,43	28,57
Questionnaire 2	56,25	43,75	64,71	35,29	73,91	26,09
Questionnaire 3	12,50	87,50	25	75	80	20

Les tests statistiques n'ont pu mettre en évidence de différences significatives. Le manque de puissance des tests dû à de faibles effectifs l'explique. On note une hausse importante de la consommation de cannabis en début de 2^{ème} année qui baisse ensuite (fin de 2^{ème} année). L'expérimentation augmente à partir de la fin de la 2^{ème} année.

Les comparaisons des tests deux à deux ne sont jamais significatives (se reporter aux annexes)

3. Tests de régressions logistiques

Le but de ces tests est pour chacune des variables à expliquer de mettre en avant des items statistiquement liés à la variable. Pour faciliter la lecture des résultats, nous ne reviendrons pas à chaque fois sur les explications techniques déjà données dans un paragraphe précédent. Nous ne donnerons également sauf exception notable dénotant une tendance que des résultats significatifs.

A. A consommé du cannabis au cours du dernier mois

(a) Population totale

Variable à expliquer: A fumé du cannabis au cours du dernier mois
(f_canna1) = oui

Variabes explicatives: variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna1 + variables ayant un intérêt particulier : âge sexe q9-q12 q14-q16 q19 q28 q30 q35-q37 q39-q41 q43-q46 q48 q51 q56 q58 q63 q72 q73 q75.

Tableau 31 Régression logistique Dernier mois/ Population Totale : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q37	-0,0999	0,905	[0,792 ; 1,3034]	0,1411
Q46	-2,0930	0,123	[0,053 ; 0,285]	<0,0001
Q51	-0,5034	0,604	[0,404 ; 0,905]	0,0145
Q63	0,6963	2,006	[1,322 ; 3,044]	0,0011
Q75	0,9302	2,535	[1,295 ; 4,963]	0,0067

(*) $\exp(\beta)$ =OR

(**) Test de significativité de la liaison entre f_canna1 et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	84,7
% Discordants	15
% Non classables	0,3

56,8 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 32, Régression logistique Dernier mois/ Population Totale : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q37	Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich ?	Echelle de 0 (Pas peur du tout) à 10 (Très peur)	-
Q46	Est-ce que vous fumez du tabac, ne serait-ce que de temps en temps ?	1 : Oui 2 : Non	-
Q51	Y a-t-il dans votre entourage (voisinage, amis, famille, collègues) des personnes qui consomment (ou ont consommé) une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich ?	1 : Oui, j'en connais au moins une personnellement. 2 : Oui, mais je n'en connais pas personnellement. 3 : Non	-
Q63	Le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	+
Q75	Pouvez-vous dire quelle est votre religion si vous en avez une ?	1 : Catholique 2 : Sans ou autre religion	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q63** : ne pas être d'accord avec le fait que le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie,
- **Q75** : être sans religion ou d'une religion autre que catholique,

Augmente la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois.

Le fait de :

- **Q37** : avoir peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich,
- **Q46** : ne pas fumer de tabac, ne serait-ce que de temps en temps,
- **Q51** : ne pas avoir dans son entourage (voisinage, amis, famille, collègues) de personnes qui consomment (ou ont consommé) de drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich,

Diminue la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois.

(b) IFSI

Variable à expliquer : A fumé du cannabis au cours du dernier mois
(f_canna1) = oui

Variabes explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna + variables ayant un intérêt particulier : âge q9-q12 q15 q16 q28 q30 q35 q37 q40 q41 q43-q46 q51 q56 q58 q59 q62 q63 q72 q75.

Tableau, 33 Régression logistique Dernier mois/ IFSI : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q10	0,2887	1,335	[1,070 ; 1,665]	0,0105
Q15	0,4485	1,566	[1,010 ; 2,428]	0,0450
Q46	-1,7186	0,179	[0,049 ; 0,651]	0,0090
Q51	-0,4693	0,625	[0,330 ; 1,186]	0,1506
Q56	-2,2782	0,102	[0,021 ; 0,502]	0,0050
Q63	0,6870	1,988	[1,039 ; 3,803]	0,0379
Q75	1,6928	5,435	[1,476 ; 20,017]	0,0109

(*) $\exp(\beta)$ =OR, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna1 et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	89,9
% Discordants	10,1
% Non classables	0

57,9 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 34, Régression logistique Dernier mois/ IFSI : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q10	En France, pensez-vous que l'interdiction par la loi de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q15	Certains pensent que l'on peut arriver à ce que personne ne se drogue. Qu'en pensez-vous ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q46	Est-ce que vous fumez du tabac, ne serait-ce que de temps en temps ?	1 : Oui 2 : Non	-
Q51	Y a-t-il dans votre entourage (voisinage, amis, famille, collègues), des personnes qui consomment (ou ont consommé) une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich ?	1 : Oui, j'en connais au moins une personnellement 2 : Oui, mais je n'en connais pas personnellement 3 : Non	-
Q56	Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich ?	1 : Oui 2 : Non	-
Q63	Le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	+
Q75	Pouvez-vous dire quelle est votre religion si vous en avez une ?	1 : Catholique 2 : Sans ou autre religion	+

Le fait de

- **Q10** : penser que l'interdiction par la loi de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle,
 - **Q15** : penser que l'on peut arriver à ce que personne ne se drogue,
 - **Q63** : ne pas être d'accord pour dire que le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie,
 - **Q75** : être sans religion ou d'une religion autre que catholique,
- augmente la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois.

Le fait de :

- **Q46** : ne pas fumer de tabac, ne serait-ce que de temps en temps,
- **Q51** : ne pas connaître dans son entourage (voisinage, amis, famille, collègues) de personnes qui consomment (ou ont consommé) de drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich,

- **Q56** : ne pas avoir consommé au cours de sa vie une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich,

diminue la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois.

(c) IUFM

Variable à expliquer : Fumeur occasionnel ou régulier de cannabis (f_canna1)

= oui

Variabes explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna1 + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9 q18 q29 q30 q36 q37 q39 q41-q43 q45 q46 q51 q66 q70 q72.

Tableau 35, Régression logistique Dernier mois/ IUFM : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q29	0,2607	1,298	[1,051 ; 1,602]	0,0154
Q46	-2,6247	0,072	[0,016 ; 0,321]	0,0005

(*) $\exp(\beta)$ =OR, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	81,7
% Discordants	16,1
% Non classables	2,1

55,7 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 36, Régression logistique Dernier mois/ IUFM : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q29	Il faut interdire la vente de tabac aux mineurs.	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q46	Est-ce que vous fumez du tabac, ne serait-ce que de temps en temps ?	1 : Oui 2 : Non	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q29** : être d'accord pour interdire la vente de tabac aux mineurs,

Augmente la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois.

Le fait de :

- **Q46** : ne pas fumer de tabac, ne serait-ce que de temps en temps,

Diminue la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours du dernier mois.

(d) UFTS

Variable à expliquer : Fumeur occasionnel ou régulier de cannabis (f_canna1)

= oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna1 + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q16 q28 q31 q35 q37-q39 q46 q51 q56 q58 q59 q61 q63 q64 q72.

Il n'y a pas un effectif suffisant pour faire une régression logistique (seulement 24 individus).

B. A consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois

(a) Population totale

Variable à expliquer : A consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (f_canna12) = oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna12 + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q16 q22 q25 q26 q28 q30 q35-q37 q40 q41 q43 q45 q46 q48 q51 q56 q58 q62 q63 q67 q72 q75

Tableau 37, Régression logistique 12 derniers mois/ Population totale : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q12	0,1132	1,120	[1,018 ; 1,232]	0,0204
Q37	-0,1413	0,868	[0,787 ; 0,957]	0,0046
Q46	-0,9089	0,403	[0,253 ; 0,643]	0,0001
Q63	0,5258	1,692	[1,234 ; 2,319]	0,0011

(*) $\exp(\beta) = \text{OR}$ (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna12 et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	76,5
% Discordants	23,3
% Non classables	0,2

56,8 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 38, Régression logistique 12 derniers mois/ Population totale : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q12	Certains pensent que le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool, êtes-vous ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q37	Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich ?	Echelle de 0 (Pas peur du tout) à 10 (Très peur)	-
Q46	Est-ce que vous fumez du tabac, ne serait-ce que de temps en temps ?	1 : Oui 2 : Non	-
Q63	Le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait d'avoir déjà consommé du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q12** : penser que le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool,

- **Q63** : ne pas être d'accord avec le fait que le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie,

augmente la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois.

Le fait de :

- **Q37** : avoir peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich,

- **Q46** : ne pas fumer de tabac, ne serait-ce que de temps en temps,

diminue la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois.

(b) IFSI

Variable à expliquer : A consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (f_canna12) = oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna12 + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q12 q14-q16 q20 q25 q28-q30 q35-q37 q40-q46 q51 q58 q62 q63 q72.

Tableau 39 Régression logistique 12 derniers mois/ IFSI : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q11	0,1612	1,175	[1,073 ; 1,287]	0,0005
Q37	-0,2300	0,795	[0,724 ; 0,872]	<0,0001

(*) $\exp(\beta)$ =OR, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna12 et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	77,3
% Discordants	22,4
% Non classables	0,3

61,4 % de répondants , maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 40, Régression logistique 12 derniers mois/ IFSI : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q11	Certains disent que l'on pourrait autoriser la consommation de stupéfiants sous certaines conditions, en maintenant l'interdiction dans certains cas, par exemple avant de conduire ou pour les mineurs. Pour la consommation de cannabis, êtes-vous ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q37	Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich ?	Echelle de 0 (Pas peur du tout normal) à 10 (Très peur)	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q11** : être d'accord pour autoriser la consommation de cannabis sous certaines conditions, en maintenant l'interdiction dans certains cas, par exemple avant de conduire ou pour les mineurs,
 - augmente la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois.

Le fait de :

- **Q37** : avoir peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich,
 - diminue la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois.

(c) IUFM

Variable à expliquer : A consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (f_canna12) = oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna12 + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9 q12 q14 q15 q22 q26 q30 q36 q37 q43 q45 q46 q66 q70 q72.

Tableau 41, Régression logistique 12 derniers mois/ IUFM : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q26	2,0030	7,411	[2,035 ; 26,993]	0,0024
Q46	-1,9320	0,145	[0,053 ; 0,395]	0,0002

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna12 et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	60,1
% Discordants	9,8
% Non classables	30,1

54,9 % de répondants, maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 42, Régression logistique 12 derniers mois/ IUFM : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q26	Selon vous, l'information à l'école sur les drogues est-elle utile ?	1 : Oui 2 : Non	+
Q46	Est-ce que vous fumez du tabac, ne serait-ce que de temps en temps ?	1 : Oui 2 : Non	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q26** : penser que l'information à l'école sur les drogues n'est pas utile, augmente la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois.

Le fait de :

- **Q46** : de ne pas fumer de tabac, ne serait-ce que de temps en temps diminue la probabilité d'avoir fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois.

(d) UFTS

Variable à expliquer : A consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (f_canna12) = oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna12 + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q14 q28 q35 q37 q38 q46 q51 q56 q58 q59 q65 q72.

Il n'y a pas un effectif suffisant pour faire une régression logistique (seulement 26 individus).

C. A déjà consommé du cannabis au cours de sa vie

(a) Population totale

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie (exp_canna) = oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q12 q14-q16 q18-q20 q22 q23 q26 q28 q30 q35-q37 q40-q43 q45 q46 q48 q51 q55 q56 q58 q59 q61 q63-q65 q72 q73 q75.

Tableau 43, Régression logistique Expérimentation/ Population totale : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q9	-0,1518	0,859	[0,749 ; 0,986]	0,0304
Q10	0,0556	1,057	[0,934 ; 1,197]	0,3801
Q28	0,1425	1,153	[1,006 ; 1,322]	0,0405
Q35	0,3052	1,357	[1,122 ; 1,641]	0,0017
Q37	-0,4519	0,636	[0,554 ; 0,731]	<0,0001
Q46	-1,1919	0,304	[0,148 ; 0,622]	0,0011
Q59	0,0200	1,020	[1,003 ; 1,038]	0,0195
Q65	-0,5834	0,558	[0,387 ; 0,804]	0,0017
Q73	1,2242	3,401	[1,458 ; 7,937]	0,0046

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre exp_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	91,5
% Discordants	8,3
% Non classables	0,1

82,7 % de répondants, maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 44, Régression logistique Expérimentation/ Population totale : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q9	Certains disent que fumer du haschich ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux. Etes-vous ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	-
Q28	Vous-même sur les drogues, pensez-vous être ?	Echelle de 0 (Très mal informé) à 10 (Très bien informé)	+
Q35	Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, de la cocaïne ?	Echelle de 0 (Pas peur du tout normal) à 10 (Très peur)	+
Q37	Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich ?	Echelle de 0 (Pas peur du tout normal) à 10 (Très peur)	-
Q46	Est-ce que vous fumez du tabac, ne serait-ce que de temps en temps ?	1 : Oui 2 : Non	-
Q59	A votre avis, aujourd'hui en France, combien de personnes ont déjà fumé au moins une fois dans leur vie du cannabis ? (en pourcentage de la population)	Pourcentage de 0 à 100	+
Q65	L'alcool est un stimulant.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	-
Q73	Avez-vous des enfants ?	1 : Oui 2 : Non	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait d'avoir déjà consommé du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q28** : penser être bien informé sur les drogues,
- **Q35** : avoir peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, de la cocaïne,
- **Q59** : penser que le pourcentage de personnes ayant déjà fumé au moins une fois dans leur vie du cannabis est assez élevé,
- **Q73** : de ne pas avoir d'enfants,

augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie.

Le fait de :

- **Q9**: penser que fumer du haschich ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux,

- **Q37** : avoir peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich,
 - **Q46** : de ne pas fumer du tabac, ne serait-ce que de temps en temps,
 - **Q65** : de ne pas être d'accord pour dire que l'alcool est un stimulant,
- diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie.

(b) IFSI

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie
(exp_canna) = oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q12 q14 q15 q18-q20 q23 q26 q28 q30 q35-q37 q39-q43 q45 q46 q50 q51 q56 q58 q59 q61 q63 q65 q72 q73 q75.

Tableau 45, Régression logistique Expérimentation/ IFSI : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q10	0,2429	1,275	[1,049 ; 1,549]	0,0146
Q19	-1,6700	0,188	[0,051 ; 0,693]	0,0120
Q28	0,2650	1,303	[1,063 ; 1,598]	0,0108
Q37	-0,3962	0,673	[0,573 ; 0,790]	<0,0001
Q50	-1,4854	0,226	[0,088 ; 0,581]	0,0020
Q51	0,7959	2,217	[1,235 ; 3,978]	0,0077
Q65	-0,5796	0,560	[0,340 ; 0,921]	0,0225
Q73	2,4760	11,894	[3,419 ; 41,377]	<0,0001

(*) exp (β)=OR, (**) Test de significativité de la liaison entre exp_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	92,9
% Discordants	7,0
% Non classables	0,1

86,3 % de répondants, Maximum de vraisemblance : p<0,0001

Tableau 46, Régression logistique Expérimentation/ IFSI : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q10	En France, pensez-vous que l'interdiction par la loi de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q19	Selon vous, l'information à l'école sur l'alcool est-elle suffisante ?	1 : Oui 2 : Non	-
Q28	Vous-même, sur les drogues, pensez-vous être ?	Echelle de 0 (Très mal informé) à 10 (Très bien informé)	+
Q37	Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich ?	Echelle de 0 (Pas peur du tout) à 10 (Très peur)	-
Q50	Y a-t-il, dans votre entourage (voisinage, amis, famille, collègues), des personnes qui consomment (ou ont consommé) du cannabis ?	1 : Oui, j'en connais au moins une personnellement 2 : Oui, mais je n'en connais pas personnellement 3 : Non	-
Q51	Y a-t-il dans votre entourage (voisinage, amis, famille, collègues), des personnes qui consomment (ou ont consommé) une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich ?	1 : Oui, j'en connais au moins une personnellement 2 : Oui, mais je n'en connais pas personnellement 3 : Non	+
Q65	L'alcool est un stimulant.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	-
Q73	Avez-vous des enfants ?	1 : Oui 2 : Non	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q10** : penser que l'interdiction par la loi de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle,
- **Q28** : être bien informé sur les drogues,
- **Q51** : avoir dans son entourage (voisinage, amis, famille, collègues), des personnes qui consomment (ou ont consommé) une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschich,
- **Q73** : ne pas avoir d'enfants,

augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie.

Le fait de :

- **Q19** : penser que l'information à l'école sur l'alcool n'est pas suffisante,
- **Q37** : avoir peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich,
- **Q50** : ne pas avoir dans son entourage (voisinage, amis, famille, collègues), de personnes qui consomment (ou ont consommé) du cannabis,
- **Q65** : ne pas être d'accord pour dire que l'alcool est un stimulant,

diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie.

(c) IUFM

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis (exp_canna)

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q12 q14-q16 q18 q20 q22 q26 q28 q30 q37 q41 q42 q45 q46 q56 q58 q59 q61-q65 q72 q75.

Tableau 47, Régression logistique Expérimentation/ IUFM : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q12	-0,1969	0,821	[0,676 ; 0,998]	0,0476
Q28	0,4456	1,561	[1,198 ; 2,035]	0,0010
Q37	-0,6453	0,524	[0,408 ; 0,674]	<0,0001
Q59	0,0354	1,036	[1,010; 1,063]	0,0068

(*) $\exp(\beta) = \text{OR}$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	94,1
% Discordants	5,9
% Non classables	0

82,8 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 48, Régression logistique Expérimentation/ IUFM : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q12	Certains pensent que le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool, êtes-vous ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	-
Q28	Vous-même sur les drogues, pensez-vous être ?	Echelle de 0 (Très mal informé) à 10 (Très bien informé)	+
Q37	Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich ?	Echelle de 0 (Pas peur du tout) à 10 (Très peur)	-
Q59	A votre avis, aujourd'hui en France, combien de personnes ont déjà fumé au moins une fois dans leur vie du cannabis ? (en pourcentage de la population)	Pourcentage de 0 à 100	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q28** : penser être bien informé sur les drogues,
- **Q59** : penser que le pourcentage de personnes ayant déjà fumé au moins une fois dans leur vie du cannabis est assez élevé,

augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie.

Le fait de :

- **Q12** : être plutôt pas d'accord pour que le cannabis soit mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool,
- **Q37** : d'avoir peur de prendre, ne serait-ce qu'une seule fois, du haschich,

diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie.

(d) UFTS

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis (exp_canna)

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe âge q9-q12 q14-q16 q28 q37 q44 q46 q51 q55 q58 q59 q66 q75 q72.

Tableau 49, Régression logistique Expérimentation/ UFTS : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q10	0,2843	1,329	[1,090 ; 1,620]	0,0049

(*) $\exp(\beta)$ =OR, (**) Test de significativité de la liaison entre exp_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	74
% Discordants	25,2
% Non classables	0,8

87,5 % de répondants (35/40), Maximum de vraisemblance : $p=0,0005$

Tableau 50, Régression logistique Expérimentation/ UFTS : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q10	En France, pensez-vous que l'interdiction par la loi de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- **Q10** : penser que l'interdiction par la loi de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle,

augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie.

4. Le score de connaissance générale

Comme nous l'avons décrit plus haut, nous avons élaboré ce questionnaire afin d'évaluer les connaissances concernant les substances psychoactives et attribué une notation sur 12.

A. *Score de connaissances générales*

Tableau 51, Résultats Score de connaissances générales

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
Population totale	6,9 ± 1,7 [1,5 ; 11]
IFSI	7,1 ± 1,8 [2,5 ; 11]
IUFM	6,6 ± 1,6 [3,5 ; 11]
UFTS	7,2 ± 1,7 [1,5 ; 9,5]

Nous avons utilisé des tests non paramétriques de comparaison de moyennes

Tableau 52, Comparaisons du score de connaissances générales entre formations

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
		IFSI	IUFM	UFTS	
IFSI	7,1	--	0,013	NS (0,738)	0,022
IUFM	6,6	0,013	--	NS (0,036)	
UFTS	7,2	NS (0,738)	NS (0,036)	--	

Les connaissances des étudiants de l'IUFM sont moindres que celles de l'IFSI et de l'UFTS.

B. *Comparaisons du score de connaissances générales entre années par formation*

(a) IFSI

Tableau 53, Comparaisons du score de connaissances générales IFSI

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
Questionnaire 1	6,5 ± 1,7 [2,5 ; 11]
Questionnaire 2	7,3 ± 1,9 [2,5 ; 11]
Questionnaire 3	7,7 ± 1,7 [3 ; 10,5]

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
		Questionnaire 1	Questionnaire 2	Questionnaire 3	
Questionnaire 1	6,5	--	0,004	<0,001	<0,001
Questionnaire 2	7,3	0,004	--	NS (0,171)	
Questionnaire 3	7,7	<0,001	NS (0,171)	--	

Il existe une progression des connaissances entre le milieu de la première année et le milieu de la seconde année

(b) IUFM

Tableau 54, Comparaisons du score de connaissances générales IUFM

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
Questionnaire 1	6,7 ± 1,6 [3,5 ; 11]
Questionnaire 2	6,5 ± 1,4 [4,5 ; 9,5]

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux	
		Questionnaire 1	Questionnaire 2
Questionnaire 1	6,7	--	NS (0,36)
Questionnaire 2	6,5	NS (0,36)	--

Les connaissances sont stables à 6 mois d'intervalle pour les étudiants de 1^{ère} année.

(c) UFTS

Tableau 55, Comparaisons du score de connaissances générales UFTS

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
Questionnaire 1	7,1 ± 1,8 [5,5 ; 9,5]
Questionnaire 2	7,1 ± 1,9 [1,5 ; 9,5]
Questionnaire 3	7,4 ± 1,3 [5,5 ; 9,5]

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
		Questionnaire 1	Questionnaire 2	Questionnaire 3	
Questionnaire 1	7,1	--	NS (0,47)	NS (0,41)	NS (0,97)
Questionnaire 2	7,1	NS (0,47)	--	NS (0,44)	
Questionnaire 3	7,4	NS (0,41)	NS (0,44)	--	

Les connaissances connaissent sur l'année une légère progression qui n'est pas significative.

5. Ce qu'il faut retenir du questionnaire « 1, 2, 3 »

Par rapport au sexe, le risque d'avoir fumé du cannabis au cours de la vie dans la population totale étudiée est 1,35 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes ce que l'on retrouve également dans la sous-population des infirmiers de l'IFSI (RR = 1,34) et de l'UFTS (RR = 1,50).

Par rapport à la formation, le risque d'avoir expérimenté le cannabis est 1,33 fois plus important chez les étudiants de l'UFTS par rapport à ceux de l'IFSI.

Au niveau de la consommation en général, les étudiants de l'UFTS sont toujours au-dessus de la moyenne qu'il s'agisse de consommation au cours du dernier mois, de l'année écoulée et de l'expérimentation. Les étudiants des deux autres établissements se situant dans la moyenne de la population.

Sur le score de connaissance générale, les connaissances des étudiants de l'IUFM sont moindres que celles de l'IFSI et de l'UFTS. Elles progressent ou restent stables sur l'année. Elles demeurent d'un niveau assez moyen.

Sur l'expérimentation de cannabis, la population totale est influencée pour ne pas fumer du cannabis par la peur d'en consommer et le fait d'être non-fumeur de tabac. Le fait de se sentir bien informé sur les drogues, de penser que le pourcentage de personnes qui ont fumé du cannabis est assez élevé et ne pas avoir d'enfants sont des facteurs liés à l'expérimentation. Les élèves infirmiers et de l'IUFM expérimentateurs se caractérisent en plus en pensant que l'interdiction de fumer par

la loi est une atteinte à la liberté individuelle (de même que ceux de l'UFTS pour ce seul item) et d'avoir dans leur entourage des gens qui consomment. Ils se sentent bien informés sur les drogues. Parmi les facteurs qui influencent négativement l'expérimentation, on retrouve la peur de consommer et le fait de ne pas avoir dans son entourage des gens qui consomment.

Sur la consommation au cours des 12 derniers mois, ceux qui pensent dans la population totale que le cannabis pourrait être mis en vente libre comme l'alcool ou le tabac ont plus de chance d'avoir consommé du cannabis. La peur de consommer du cannabis et le fait de ne pas fumer de tabac sont des facteurs liés à la non-consommation au cours des 12 derniers mois. Au niveau des sous-populations, on retrouve la peur comme facteur protecteur des étudiants de l'IFSI tandis que ceux qui ont fumé dans l'année écoulée sont d'accord avec l'autorisation de fumer du cannabis sous certaines conditions. Les étudiants de l'IUFM qui ont consommé pendant les 12 derniers mois pensent que l'information sur les drogues à l'école n'est pas utile (sic !) alors que l'on retrouve une fois encore le fait de ne pas fumer de tabac comme facteur protecteur.

Sur la consommation au cours du dernier mois, pour la population totale, c'est le fait de ne pas être d'accord avec le fait que le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie et d'être sans religion ou d'une religion autre que catholique qui augmente la probabilité d'avoir consommé. Assez habituellement, c'est le fait d'avoir peur de consommer du cannabis, de ne pas consommer de tabac et de ne pas avoir dans son entourage des gens qui consomment qui diminue le risque de consommer du cannabis. Dans les sous-populations, les étudiants en IFSI qui consomment au cours du dernier mois pensent que l'interdiction de fumer est une atteinte à la liberté individuelle et ils sont sans religion ou d'une religion autre que catholique. Ceux qui n'ont pas fumé pendant le dernier mois sont identiques à la population totale (Ils ont peur de consommer du cannabis, ils ne consomment pas de tabac et n'ont pas dans leur entourage de gens qui consomment).

Lest tests effectués sur la profession des parents acteurs de prévention ou non et les liens avec l'expérimentation et/ou la consommation actuelle n'apportent rien de significatif.

Chapitre 3 :

Résultats de l'enquête transversale et longitudinale

1. Le questionnaire « Au fil des ans » (étude transversale/longitudinale)

A. Odds-ratios et risque relatif

(a) Analyse par sexe

Population totale

Tableau 56, Consommation actuelle/Sexe Population totale « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis	
	Oui	Non
Hommes	22,15	77,85
Femmes	13,50	86,50

Risque relatif : RR=1,64., Intervalle de confiance : [1,14 ; 2,37].

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 1,64 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 57, Expérimentation /Sexe Population totale « Au fil des ans »

(en %)	A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non
Hommes	69,62	30,38
Femmes	55,51	44,49

Risque relatif : RR=1,25. Intervalle de confiance : [1,10 ; 1,43].

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,25 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

(b) IFSI

Tableau 58, Consommation actuelle/Sexe IFSI « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis	
	Oui	Non
Hommes	26,92	73,08
Femmes	14,81	85,19

Risque relatif : RR=1,82. Intervalle de confiance : [0,88 ; 3,73].

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 1,82 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Tableau 59, Expérimentation /Sexe IFSI « Au fil des ans »

(en %)	A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non
Hommes	88,46	11,54
Femmes	58,20	41,80

Risque relatif : RR=1,52. Intervalle de confiance : [1,26 ; 1,83].

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,52 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

(c) IUFM

Tableau 60, Consommation actuelle/Sexe IUFM « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis	
	Oui	Non
Hommes	7,14	92,86
Femmes	4,03	95,97

Risque relatif : RR=1,77. Intervalle de confiance : [0,22 ; 14,11].

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 1,77 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Tableau 61, Expérimentation /Sexe IUFM « Au fil des ans »

(en %)	A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non
Hommes	64,29	35,71
Femmes	50	50

Risque relatif : RR=1,29. Intervalle de confiance : [0,84 ; 1,98].

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,29 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

(d) UFS

Tableau 62 consommation actuelle/Sexe UFS « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis	
	Oui	Non
Hommes	60	40
Femmes	37,66	62,34

Risque relatif : RR=1,59. Intervalle de confiance : [1,03 ; 2,45].

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 1,59 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 63 Expérimentation /Sexe UFS « Au fil des ans »

(en %)	A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non
Hommes	88	12
Femmes	85,71	14,29

Risque relatif : RR=1,03. Intervalle de confiance : [0,86 ; 1,22].

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,03 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

(e) Faculté de médecine

Tableau 64, Consommation actuelle/Sexe Médecine « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis	
	Oui	Non
Hommes	12,90	87,10
Femmes	6,62	93,38

Risque relatif : RR=1,95. Intervalle de confiance : [0,85 ; 4,45].

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 1,95 fois plus important chez les hommes que chez les femmes (mais non significatif).

Tableau 65, Expérimentation /Sexe Médecine « Au fil des ans »

(en %)	A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non
Hommes	60,22	39,78
Femmes	39,71	60,29

Risque relatif : RR=1,52. Intervalle de confiance : [1,16 ; 1,98].

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,52 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

B. Analyse comparative entre formations

(a) IFSI vs IUFM

Tableau 66, Odd-ratios IFSI vs IUFM « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
IFSI	16,28	83,72	61,86	38,14
IUFM	4,35	95,65	51,45	48,55
Risque Relatif	RR=3,74 IC = [1,61 ; 8,67]		RR=1,20 IC = [0,99 ; 1,46]	

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 3,74 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de l'IUFM.

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,20 fois plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de l'IUFM (mais non significatif).

(b) IFSI versus UFTS

Tableau 67, Odd-ratios IFSI vs UFTS « Au fil des ans

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
IFSI	16,28	83,72	61,86	38,14
UFTS	42,72	57,28	86,41	13,59
Risque Relatif	RR=2,62 IC = [1,812 ; 3,85]		RR=1,40 IC = [1,22 ; 1,59]	

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 2,62 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IFSI.

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,40 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IFSI.

(c) IFSI vs études médicales

Tableau 68, Odd-ratios IFSI vs Médecine « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
MEDICALE	9,17	90,83	48,03	51,97
IFSI	16,28	83,72	61,86	38,14
Risque Relatif	RR=1,78 IC = [1,06 ; 2,95]		RR=1,29 IC = [1,08 ; 1,53]	

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 1,78 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de médecine.

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,29 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de médecine.

(d) UFTS vs études médicales

Tableau 69, Odd-ratios UFTS vs Médecine « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
MEDICALE	9,17	90,83	48,03	51,97
UFTS	42,72	57,28	86,41	13,59
Risque Relatif	RR=4,66 IC = [2,92 ; 7,42]		RR=1,80 IC = [1,54 ; 2,11]	

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 4,66 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de médecine.

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,80 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de médecine.

(e) UFTS vs IUFM

Tableau 70, Odd-ratios UFTS vs IUFM « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
UFTS	42,72	57,28	86,41	13,59
IUFM	4,35	95,65	51,45	48,55
Risque Relatif	RR=9,82 IC = [4,35 ; 22,17]		RR=1,68 IC = [1,40 ; 2,01]	

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 9,82 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l’UFTS que chez ceux de l’IUFM.

Le risque d’avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,68 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l’UFTS que chez ceux de l’IUFM.

(f) IUFM vs études médicales

Tableau 71, Odd-ratios IUFM vs Médecine « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
MEDICALE	9,17	90,83	48,03	51,97
IUFM	4,35	95,65	51,45	48,55
Risque Relatif	RR=2,11 IC=[0,87 ; 5,10]		RR=1,07 IC=[0,86 ; 1,32]	

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 2,11 fois plus important chez les acteurs de prévention de médecine que chez ceux de l’IUFM (mais non significatif).

Le risque d’avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,07 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l’IUFM que chez ceux de médecine (mais non significatif).

2. La consommation de cannabis

A. Fréquences de consommation par formation

Tableau 72, Fréquences de consommation par formation « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
Population totale	15,47	84,53	58,83	41,17
IFSI	16,28	83,72	61,86	38,14
IUFM	4,35	95,65	51,45	48,55
UFTS	42,72	57,28	86,41	13,59
MEDECINE	9,17	90,83	48,03	51,97

(a) Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations

Tableau 73, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations « Au fil des ans »

Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis (oui/non)	Degré de signification des tests deux à deux				Degré de signification des tests globaux
	IFSI	IUFM	UFTS	MEDECINE	
IFSI	--	<0,001	<0,001	NS (0,024)	<0,001
IUFM	<0,001	--	<0,001	NS (0,087)	
UFTS	<0,001	<0,001	--	<0,001	
MEDECINE	NS (0,024)	NS (0,087)	<0,001	--	

A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie (oui/non)	Degré de signification des tests deux à deux				Degré de signification des tests globaux
	IFSI	IUFM	UFTS	MEDECINE	
IFSI	--	NS (0,054)	<0,001	0,003	<0,001
IUFM	NS (0,054)	--	<0,001	NS (0,526)	
UFTS	<0,001	p<0,001	--	<0,001	
MEDECINE	0,003	NS (0,526)	<0,001	--	

(b) IFSI

Tableau 74, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années IFSI « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
1 ^{ère} année	10,26	89,74	53,85	46,15
2 ^{ème} année	22,58	77,42	66,13	33,87
3 ^{ème} année	19,05	80,95	69,05	30,95
L'année d'après	15,15	84,85	63,64	36,36

Les tests statistiques n'ont pu mettre en évidence de différences significatives. Le manque de puissance des tests dû à de faibles effectifs peut l'expliquer.

On note une hausse importante de la consommation de cannabis la 2^{ème} année qui baisse ensuite. L'expérimentation augmente aussi la 2^{ème} et la 3^{ème} année et baisse l'année d'après.

(c) IUFM

Tableau 75, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années IUFM « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
1 ^{ère} année	2,33	97,67	48,84	51,16
2 ^{ème} année	5,56	94,44	55,56	44,44
L'année d'après	4,35	95,65	43,48	56,52

Les tests statistiques n'ont pu mettre en évidence de différences significatives. Le manque de puissance des tests dû à de faibles effectifs peut l'expliquer.

On note une hausse importante de la consommation de cannabis la 2^{ème} année qui baisse ensuite. L'expérimentation augmente aussi la 2^{ème} et baisse l'année d'après.

(d) UFTS

Tableau 76, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années UFTS « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
1 ^{ière} année	48,48	51,52	90,91	9,09
2 ^{ème} année	59,09	40,91	90,91	9,09
3 ^{ème} année	32,14	67,86	82,14	17,86
L'année d'après	30,00	70,00	80,00	20,00

Les tests statistiques n'ont pu mettre en évidence de différences significatives. Le manque de puissance des tests dû à de faibles effectifs peut l'expliquer. On note une hausse importante de la consommation de cannabis la 2^{ème} année qui baisse ensuite. L'expérimentation n'augmente pas la 2^{ème} et à partir de la 3^{ème} année.

(e) Etudiants en médecine

Tableau 77, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années Médecine « Au fil des ans »

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non	Oui	Non
1 ^{ière} année (PCEM 2)	8,70	91,30	40,37	59,63
2 ^{ème} année (DCEM)	3,85	96,15	65,38	34,62
L'année d'après (Internes)	14,29	14,29	66,67	33,33

Les tests statistiques n'ont pu mettre en évidence de différences significatives pour la consommation actuelle de cannabis. Le manque de puissance des tests dû à de faibles effectifs peut l'expliquer.

On note une hausse importante de la consommation de cannabis l'année d'après (internat).

A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie (oui/non)	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
	1 ^{ière} année	2 ^{ème} année	L'année d'après	
1 ^{ière} année	--	0,017	0,002	0,002
2 ^{ème} année	0,017	--	NS (0,91)	
L'année d'après	0,002	NS (0,91)	--	

3. Régressions logistiques

A. Consommateur occasionnel ou régulier de cannabis

(a) Population totale

Variable à expliquer : Fumeur occasionnel ou régulier de cannabis (f_canna)
= oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe, âge, q3 à q24, q28, q30, q31, q39, q40, q42 et q43.

Tableau 78, Régression logistique Consommation actuelle/ Population Totale : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Age	-0.2113	0.810	[0.740 ; 0.885]	<.0001
Sexe	-0.7178	0.488	[0.218 ; 1.094]	0.0815
Q7	0.4597	1.584	[1.102 ; 2.276]	0.0129
Q8	-0.1733	0.841	[0.727 ; 0.973]	0.0199
Q10	0.3479	1.416	[1.205 ; 1.663]	<.0001
Q12	0.1187	1.126	[0.971 ; 1.305]	0.1152
Q13	0.0270	1.027	[1.008 ; 1.047]	0.0061
Q19	0.2136	1.238	[1.069 ; 1.435]	0.0044
Q21	2.0554	7.810	[3.135 ; 19.456]	<.0001
Q22	-0.1698	0.844	[0.456 ; 1.562]	0.5887
Q23	2.0112	7.472	[2.091 ; 26.699]	0.0020
Q40	-2.5366	0.079	[0.020 ; 0.317]	0.0003

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	93,8
% Discordants	6,2
% Non classables	0,1

453/596 = 76 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 79, Régression logistique Consommation actuelle/ Population Totale : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Age			-
Sexe		1 : Homme 2 : Femme	-
Q7	Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que vous fumez du cannabis tous les jours?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q8	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous fumez un paquet de cigarettes ou plus par jour?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	-
Q10	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous fumez occasionnellement du cannabis?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q12	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous fumez du cannabis tous les jours?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q13	Selon vous, quel est le nombre de personnes de votre âge qui fument du cannabis occasionnellement ?	Pourcentage de 0 à 100	+
Q19	Pour vous, un acteur de prévention qui fume occasionnellement du cannabis, c'est ?	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	+
Q21	En ce qui vous concerne, par rapport au tabac...	0 : Je n'ai jamais fumé, ou une fois ou deux, ou régulièrement dans le passé 1 : Je fume (occasionnellement ou régulièrement)	+
Q23	En ce qui vous concerne, par rapport à l'alcool...	1 : Je n'ai jamais bu 2 : Je bois dans les grandes occasions, lors de soirées festives 3 : Je bois au moins cinq fois dans une semaine ou tous les jours	+
Q40	Avez-vous des enfants ?	1 : Oui 2 : Non	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de :

- Q7 : penser que leurs parents seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument du cannabis tous les jours,
- Q10 : penser que leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument occasionnellement du cannabis,

- Q12 : penser que leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument du cannabis tous les jours,
- Q13 : penser que le nombre de personnes de leurs âges qui fument du cannabis occasionnellement est assez élevé,
- Q19 : penser qu'un acteur de prévention qui fume occasionnellement du cannabis, c'est plutôt normal,
- Q21 : fumer du tabac régulièrement ou d'avoir fumé dans le passé,
- Q23 : boire régulièrement de l'alcool,

augmente la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

Le fait de :

- Age : être plus âgé,
- Sexe : être une femme,
- Q8 : penser que leurs amis seraient plutôt d'accord s'ils apprenaient qu'ils fument un paquet de cigarettes ou plus par jour,
- Q40 : d'avoir des enfants,

diminue la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

(b)IFSI

Variable à expliquer : Fumeur occasionnel ou régulier de cannabis (f_canna)
= oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna + variables ayant un intérêt particulier : âge, q4 à q7, q9 à q13, q15 à q24, q30, q39, q42 et q43.

Tableau 80, Régression logistique Consommation actuelle/ IFSI : Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Age	-0.3791	0.684	[0.564 ; 0.831]	0.0001
Q5	0.6627	1.940	[1.293 ; 2.910]	0.0014
Q9	-0.4045	0.667	[0.485 ; 0.918]	0.0130
Q10	0.5426	1.720	[1.254 ; 2.361]	0.0008
Q13	0.0386	1.039	[1.005 ; 1.075]	0.0236
Q19	0.6109	1.842	[1.301 ; 2.608]	0.0006
Q20	-0.5645	0.569	[0.388 ; 0.833]	0.0038
Q21	3.5337	34.249	[4.904 ; 239.189]	0.0004
Q24	-0.3954	0.673	[0.149; 3.041]	0.6072

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	96,3
% Discordants	3,7
% Non classables	0

185/215 = 86 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 81 Régression logistique Consommation actuelle/ IFSI : Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Age			-
Q5	Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que vous fumez occasionnellement du cannabis?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q9	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous buvez un ou deux verres occasionnellement?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	-
Q10	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous fumez occasionnellement du cannabis?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q13	Selon vous, quel est le nombre de personnes de votre âge qui fument du cannabis occasionnellement ?	Pourcentage de 0 à 100	+
Q19	Pour vous, un infirmier qui fume occasionnellement du cannabis, c'est ?	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	+
Q20	Pour vous, un infirmier qui fume du cannabis tous les jours, c'est ?	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	-
Q21	En ce qui vous concerne, par rapport au tabac...	0 : Je n'ai jamais fumé, ou une fois ou deux, ou régulièrement dans le passé 1 : Je fume (occasionnellement ou régulièrement)	+

Le fait de

- Q5 : penser que leurs parents seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument occasionnellement du cannabis,
- Q10 : penser que leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument occasionnellement du cannabis,
- Q13 : penser que le nombre de personnes de leurs âges qui fument du cannabis occasionnellement est assez élevé,
- Q19 : penser qu'un infirmier qui fume occasionnellement du cannabis, c'est plutôt normal,
- Q21 : fumer du tabac régulièrement ou qui ont fumé dans le passé,

Augmente la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

Le fait de :

- Age : être plus âgé,
- Q8 : penser que leurs amis seraient plutôt d'accord s'ils apprenaient qu'ils boivent un ou deux verres occasionnellement,
- Q20 : penser qu'il n'est pas normal pour un infirmier de fumer du cannabis tous les jours,

Diminue la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

(c) IUFM

Variable à expliquer : Fumeur occasionnel ou régulier de cannabis (f_canna)
= oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna + variables ayant un intérêt particulier : âge, q6, q8 à q10, q12 à q14, q18 à q21.

Tableau 82, Régression logistique Consommation actuelle/ IUFM: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Age	-0.1810	0.834	[0.775 ; 0.899]	<0.0001
Q12	0.4169	1.517	[1.117 ; 2.061]	0.0076

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	84,7
% Discordants	12,8
% Non classables	2,6

102/141 = 72,3 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 83, Régression logistique Consommation actuelle/ IUFM: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Age			-
Q12	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous fumez du cannabis tous les jours?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- Q12 : penser que leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument du cannabis tous les jours,

Augmente la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

Le fait de :

- Age : être plus âgé,

Diminue la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

(d) UFTS

Variable à expliquer : Fumeur occasionnel ou régulier de cannabis (f_canna)
= oui

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe, âge, q5, q7, q8, q10 à q16, q19 à q21, q23, q28, q30, q33, q37, q39, q42, q43.

Tableau 84, Régression logistique Consommation actuelle/ UFTS: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q7	1.3317	3.787	[1.214 ; 11.818]	0.0218
Q20	0.5832	1.792	[1.315 ; 2.441]	0.0002
Q37	-0.8747	0.417	[0.285 ; 0.611]	<0.0001

(*) $\exp(\beta)=OR$ (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	88,8
% Discordants	10,4
% Non classables	0,8

82/103 = 79,6 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 85, Régression logistique Consommation actuelle/ UFTS: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q7	Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que vous fumez du cannabis tous les jours?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q20	Pour vous, un éducateur spécialisé qui fume du cannabis tous les jours, c'est...	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	+
Q37	Un jeune de moins de 16 ans peut acheter des cigarettes pour son père.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- Q7 : penser que leurs parents seraient plutôt d'accord s'ils apprenaient qu'ils fument du cannabis tous les jours,
- Q20 : penser qu'un éducateur spécialisé qui fume du cannabis tous les jours, c'est normal,

Augmente la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

Le fait de :

- Q37 : ne pas être d'accord avec le fait qu'un jeune de moins de 16 ans peut acheter des cigarettes pour son père,

Diminue la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

(e) Études médicales

Variable à expliquer : Fumeur occasionnel ou régulier de cannabis (f_canna)

Variation explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec f_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe, âge, q4 à q13, q17, q19 à q23, q30, q39.

Tableau 86, Régression logistique Consommation actuelle/ Médecine: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Age	-0.1911	0.826	[0.726 ; 0.940]	0.0036
Q10	0.4453	1.561	[1.176 ; 2.071]	0.0020
Q17	0.3204	1.378	[1.055 ; 1.799]	0.0187
Q22	-1.3777	0.252	[0.075 ; 0.849]	0.0262

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	92,5
% Discordants	7,3
% Non classables	0,2

116/137 = 84,7 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 87, Régression logistique Consommation actuelle/ Médecine: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Age			-
Q10	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous fumez occasionnellement du cannabis?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q17	Pour vous, un médecin qui boit cinq verres d'alcool ou plus dans la même soirée, c'est...	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	+
Q22	J'ai fumé pour la première fois du tabac...	1 : Avant 15 ans 2 : A partir de 16 ans 3 : Je n'ai jamais fumé de tabac	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- Q10 : penser que leurs amis seraient plutôt d'accord s'ils apprenaient qu'ils fument occasionnellement du cannabis,
- Q17 : penser qu'un médecin qui boit cinq verres d'alcool ou plus dans la même soirée, c'est normal,

Augmente la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

Le fait de :

- Age : être plus âgé,
- Q22 : ne jamais avoir fumé de tabac,

Diminue la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis.

B. A déjà fumé du cannabis

(a) Population totale

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis (exp_canna)

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe, âge, q3 à q6, q8 à q24, q27, q28, q30 à q32, q39, q40, q42 et q43.

Tableau 88, Régression logistique Expérimentation / Population totale: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Sexe	-0.5971	0.550	[0.303 ; 0.99]	0.0497
Q13	0.0160	1.016	[1.002 ; 1.030]	0.0242
Q19	0.3332	1.395	[1.240 ; 1.571]	<.0001
Q21	1.5166	4.557	[2.455 ; 8.457]	<.0001
Q22	-1.0578	0.347	[0.240 ; 0.501]	<.0001
Q24	-0.6040	0.547	[0.339 ; 0.883]	0.0135
Q30	-0.4525	0.636	[0.451 ; 0.898]	0.0101
Q40	1.2209	3.390	[1.748 ; 6.575]	0.0003
Q42	0.5713	1.771	[1.052 ; 2.979]	0.0313

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	90,1
% Discordants	9,8
% Non classables	0,1

447/596 = 75 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 89, Régression logistique Expérimentation / Population totale: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Sexe		1 : Homme 2 : Femme	-
Q13	Selon vous, quel est le nombre de personnes de votre âge qui fument du cannabis occasionnellement ?	Pourcentage de 0 à 100	+
Q19	Pour vous, un acteur de prévention qui fume occasionnellement du cannabis, c'est ?	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	+
Q21	En ce qui vous concerne, par rapport au tabac...	0 : Je n'ai jamais fumé, ou une fois ou deux, ou régulièrement dans le passé 1 : Je fume (occasionnellement ou régulièrement)	+
Q22	J'ai fumé pour la première fois du tabac...	1 : Avant 15 ans 2 : A partir de 16 ans 3 : Je n'ai jamais fumé	-
Q24	J'ai bu pour la première fois de l'alcool...	1 : Avant 15 ans 2 : A partir de 16 ans 3 : Je n'ai jamais bu d'alcool	-
Q30	Le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	-
Q40	Avez-vous des enfants ?	1 : Oui 2 : Non	+
Q42	Pouvez-vous dire quelle est votre religion ?	1 : Catholique 2 : Sans ou autre religion	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait d'avoir déjà consommé du cannabis ou non.

Le fait de

- Q13 : penser que le nombre de personnes de leurs âges qui fument du cannabis occasionnellement est assez élevé,
- Q19 : penser qu'un acteur de prévention qui fume occasionnellement du cannabis, c'est plutôt normal,
- Q21 : fumer du tabac régulièrement ou d'avoir fumé dans le passé,
- Q40 : de ne pas avoir d'enfants,
- Q42 : d'être sans religion ou d'une religion autre que catholique,

Augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

Le fait de :

- Sexe : être une femme,
- Q22 : de ne jamais avoir fumé de tabac,
- Q24 : de ne jamais avoir bu de l'alcool,
- Q30 : de ne pas être d'accord ou ne pas savoir si le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie,

Diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

(b) IFSI

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis (exp_canna)

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe, âge, q5, q10 à q13, q17 à q24, q30, q39, q40, q42 et q43.

Tableau 90, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Sexe	-1.9121	0.148	[0.044 ; 0.502]	0.0022
Q19	0.3360	1.399	[1.175 ; 1.666]	0.0002
Q21	1.4992	4.478	[1.918 ; 10.457]	0.0005
Q22	-1.0570	0.347	[0.195 ; 0.620]	0.0003
Q40	2.3136	10.111	[2.871 ; 35.615]	0.0003

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	89,3
% Discordants	10,5
% Non classables	0,2

188/215 = 87,4 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 91, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Sexe		1 : Homme 2 : Femme	-
Q19	Pour vous, un infirmier qui fume occasionnellement du cannabis, c'est ?	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	+
Q21	En ce qui vous concerne, par rapport au tabac...	0 : Je n'ai jamais fumé, ou une fois ou deux, ou régulièrement dans le passé 1 : Je fume (occasionnellement ou régulièrement)	+
Q22	J'ai fumé pour la première fois du tabac...	1 : Avant 15 ans 2 : A partir de 16 ans 3 : Je n'ai jamais fumé	-
Q40	Avez-vous des enfants ?	1 : Oui 2 : Non	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- Q19 : penser qu'un infirmier qui fume occasionnellement du cannabis, c'est plutôt normal,
- Q21 : fumer du tabac régulièrement ou d'avoir fumé dans le passé,
- Q40 : de ne pas avoir d'enfants,

Augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

Le fait de :

- Sexe : être une femme,
- Q22 : de ne jamais avoir fumé de tabac,

Diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

(c) IUFM

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis (exp_canna)

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : âge, q3 à q5, q8 à q24, q27, q30, q31, q39.

Tableau 92, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q3	0.5125	1.669	[1.115 ; 2.500]	0.0129
Q19	0.5816	1.789	[1.325 ; 2.416]	0.0001
Q21	2.4013	11.037	[2.103 ; 57.935]	0.0045
Q22	-1.5166	0.219	[0.106 ; 0.454]	<0.0001

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	92,3
% Discordants	7,7
% Non classables	0

83/141 = 58,9 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 93, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q3	Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que vous fumez un paquet ou plus de cigarettes par jour ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q19	Pour vous, un acteur de prévention qui fume occasionnellement du cannabis, c'est ?	Echelle de 0 (Pas du tout normal) à 10 (Tout à fait normal)	+
Q21	En ce qui vous concerne, par rapport au tabac...	0 : Je n'ai jamais fumé, ou une fois ou deux, ou régulièrement dans le passé 1 : Je fume (occasionnellement ou régulièrement)	+
Q22	J'ai fumé pour la première fois du tabac...	1 : Avant 15 ans 2 : A partir de 16 ans 3 : Je n'ai jamais fumé	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- Q3 : penser que si leurs parents apprenaient qu'ils fument un paquet ou plus de cigarettes par jour, ils seraient d'accord,
- Q19 : penser qu'un professeur qui fume occasionnellement du cannabis, c'est plutôt normal,
- Q21 : fumer du tabac régulièrement ou d'avoir fumé dans le passé,

Augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

Le fait de :

- Q22 : de ne jamais avoir fumé de tabac,

Diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

(d) UFTS

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis (exp_canna)

Variables explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe, âge, q3, q5, q10 à q16, q19 à q24, q30, q39, q40.

Tableau 94, Régression logistique Expérimentation / UFTS: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Q12	0.3394	1.404	[0.991 ; 1.989]	0.0562
Q24	-1.8630	0.155	[0.043 ; 0.557]	0.0043
Q30	2.4125	11.161	[2.992 ; 41.632]	0.0003

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	88,6
% Discordants	11,1
% Non classables	0,3

82/103 = 78,6 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 95 Régression logistique Expérimentation / UFTS: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Q12	Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que vous fumez du cannabis tous les jours ?	Echelle de 0 (Pas du tout d'accord) à 10 (Tout à fait d'accord)	+
Q24	J'ai bu pour la première fois de l'alcool...	1 : Avant 15 ans 2 : A partir de 16 ans 3 : Je n'ai jamais bu d'alcool	-
Q30	Le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie.	1 : D'accord 2 : Ne sait pas 3 : Pas d'accord	+

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- Q12 : penser que si leurs amis apprenaient qu'ils fument du cannabis tous les jours, ils seraient d'accord,
- Q30 : de ne pas être d'accord avec le fait que le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie,

Augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

Le fait de :

- Q24 : de ne jamais avoir bu d'alcool,

Diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

(e) Etudes médicales

Variable à expliquer : A déjà fumé du cannabis (exp_canna)

Variabes explicatives : variables ayant une liaison statistiquement significative (test du χ^2) avec exp_canna + variables ayant un intérêt particulier : sexe, âge, q4 à q6, q8 à q13, q15 à q24, q30, q39, q42.

Tableau 96, Régression logistique Expérimentation / Médecine: Variables explicatives

Paramètre	Estimation β (*)	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance de l'OR (à 95%)	Pr > ChiSq (**)
Age	0.1082		[1.001 ; 1.029]	0.0003
Q20	1.1732		[1.001 ; 1.029]	0.2395
Q21	2.9732		[1.233 ; 1.558]	0.0052
Q22	-1.3554		[2.493 ; 8.633]	<0.0001

(*) $\exp(\beta)=OR$, (**) Test de significativité de la liaison entre f_canna et variable explicative

Validité du modèle

% Concordants	88,2
% Discordants	11
% Non classables	0,8

116/137 = 84,7 % de répondants, Maximum de vraisemblance : $p < 0,0001$

Tableau 97, Régression logistique Expérimentation / Médecine: Résultats

Item	Libellé	Modalités	Signe du paramètre β
Age			+
Q21	En ce qui vous concerne, par rapport au tabac...	0 : Je n'ai jamais fumé, ou une fois ou deux, ou régulièrement dans le passé 1 : Je fume (occasionnellement ou régulièrement)	+
Q22	J'ai fumé pour la première fois du tabac...	1 : Avant 15 ans 2 : A partir de 16 ans 3 : Je n'ai jamais fumé	-

Le signe du paramètre β permet d'interpréter le sens des liaisons entre ces variables et le fait de consommer du cannabis ou non.

Le fait de

- Age : d'être plus âgé,
- Q21 : fumer du tabac régulièrement ou d'avoir fumé dans le passé,

Augmente la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

Le fait de :

- Q22 : de ne jamais avoir fumé de tabac,

Diminue la probabilité d'avoir déjà fumé du cannabis.

4. Score de connaissance générale

A. Score de connaissances générales par formation

Tableau 98, Score de connaissances générales par formation

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
Population totale	7,8 ± 1,8 [1,5 ; 12]
IFSI	7,7 ± 1,7 [1,5 ; 12]
IUFM	7,4 ± 1,8 [3 ; 11]
UFTS	7,1 ± 1,9 [3 ; 11]
MEDECINE	8,3 ± 1,5 [4 ; 12]

(a) Comparaisons du score de connaissances générales entre formations

Nous avons utilisé les tests non paramétriques de comparaison de moyennes.

Tableau 99, Comparaisons du score de connaissances générales entre formations

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux				Degré de signification des tests globaux
		IFSI	IUFM	UFTS	MEDECINE	
IFSI	7,7	--	NS (0,05)	0,003	<0,001	<0,001
IUFM	7,4	NS (0,05)	--	NS (0,09)	<0,001	
UFTS	7,1	0,003	NS (0,09)	--	<0,001	
MEDECINE	8,3	<0,001	<0,001	<0,001	--	

Nous allons établir dans les tableaux suivants les comparaisons du score de connaissances générales entre années par formation

(b) IFSI

Tableau 100, Comparaisons du score de connaissances générales entre années IFSI

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
1 ^{ière} année	7,5 ± 1,7 [1,5 ; 12]
2 ^{ème} année	7,7 ± 1,7 [4 ; 11]
3 ^{ème} année	7,6 ± 1,7 [4 ; 11]
L'année d'après	8,5 ± 1,5 [4 ; 11]

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux				Degré de signification des tests globaux
		1 ^{ière} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	L'année d'après	
1 ^{ière} année	7,5	--	NS (0,37)	NS (0,37)	0,002	0,03
2 ^{ème} année	7,7	NS (0,37)	--	NS (0,46)	0,009	
3 ^{ème} année	7,6	NS (0,37)	NS (0,46)	--	0,013	
L'année d'après	8,5	0,002	0,009	0,013	--	

(c) IUFM

Tableau 101, Comparaisons du score de connaissances générales entre années IUFM

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
1 ^{ière} année	7,3 ± 1,8 [3,5 ; 11]
2 ^{ème} année	7,3 ± 1,9 [3 ; 11]
L'année d'après	7,7 ± 1,7 [3,5 ; 10,5]

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
		1 ^{ière} année	2 ^{ème} année	L'année d'après	
1 ^{ière} année	7,3	--	NS (0,40)	NS (0,17)	NS (0,64)
2 ^{ème} année	7,3	NS (0,40)	--	NS (0,22)	
L'année d'après	7,7	NS (0,17)	NS (0,22)	--	

(d) UFTS

Tableau 102, Comparaisons du score de connaissances générales entre années UFTS

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
1 ^{ière} année	6,6 ± 1,9 [3 ; 10,5]
2 ^{ème} année	6,8 ± 1,4 [4,5 ; 9,5]
3 ^{ème} année	7,4 ± 1,9 [4 ; 10]
L'année d'après	7,8 ± 2,2 [4,5 ; 11]

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux				Degré de signification des tests globaux
		1 ^{ière} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	L'année d'après	
1 ^{ière} année	6,6	--	NS (0,40)	NS (0,06)	NS (0,04)	NS (0,15)
2 ^{ème} année	6,8	NS (0,40)	--	NS (0,10)	NS (0,06)	
3 ^{ème} année	7,4	NS (0,06)	NS (0,10)	--	NS (0,29)	
L'année d'après	7,8	NS (0,04)	NS (0,06)	NS (0,29)	--	

(e) Faculté de médecine**Tableau 103, Comparaisons du score de connaissances générales entre années Médecine**

Score de connaissances générales (/12)	Moyenne ± Ecart-type [Min ; Max]
1 ^{ière} année	8,2 ± 1,5 [4 ; 12]
2 ^{ème} année	8,7 ± 1,6 [5 ; 11,5]
L'année d'après	8,7 ± 1,4 [5,5 ; 11]

Score (/12)	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux			Degré de signification des tests globaux
		1 ^{ière} année	2 ^{ème} année	L'année d'après	
1 ^{ière} année	8,2	--	NS (0,07)	NS (0,02)	0,07
2 ^{ème} année	8,7	NS (0,07)	--	NS (0,45)	
L'année d'après	8,7	NS (0,02)	NS (0,45)	--	

**(f) Comparaisons du score de connaissances
générales et de la consommation de cannabis**

Tableau 104, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis Population totale

Score connaissances générales (/12)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis		A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Non	Oui	Non	Oui
Population totale	7,9 ± 1,7	7,3 ± 1,9	7,8 ±	7,7 ±
p_value	0,004		NS (0,217)	
IFSI	7,7 ±	7,9 ±	7,7 ±	7,8 ±
p_value	NS (0,243)		NS (0,373)	
IUFM	7,4 ±	6,6 ±	7,6 ±	7,1 ±
p_value	NS (0,180)		0,084	
UFTS	7,7 ±	6,1 ±	7,3 ±	7 ±
p_value	0,0001		NS (0,263)	
MÉDECINE	8,3 ±	8,4 ±	8,2 ±	8,5 ±
p_value	NS (0,315)		0,035	

B. Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années par formation

(a) IFSI

Tableau 105, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années IFSI

Score connaissances générales (/12)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
1 ^{ière} année	7,6	7,3	NS (0,26)	7,5	7,5	NS (0,50)
2 ^{ème} année	7,7	7,3	NS (0,25)	8	7,5	NS (0,16)
3 ^{ème} année	7,4	8,6	0,02	7	7,9	0,09
L'année d'après	8,4	9,1	NS(0,16)	8,2	8,7	NS (0,33)

(b) IUFM

Tableau 106, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années IUFM

Score connaissances générales (/12)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
1 ^{ière} année	7,3	5	NS (0,11)	7,3	7,3	NS (0,45)
2 ^{ème} année	7,3	7	NS (0,38)	7	7,7	0,05
L'année d'après				7,8	7,6	NS (0,27)

(c) UFTS

Tableau 107, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années UFTS

Score connaissances générales (/12)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
1 ^{ière} année	7,2	6	0,06	6,3	6,6	NS (0,45)
2 ^{ème} année	7,3	6,4	NS (0,11)	7,8	6,6	NS (0,23)
3 ^{ème} année	8	5,8	0,01	7,3	7,4	NS (0,40)
L'année d'après	8,1	6,6	NS (0,12)	7,8	7,8	NS (0,50)

(d) Faculté de médecine

Tableau 108, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années Médecine

Score connaissances générales (/12)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
1 ^{ière} année	8,2	8,3	NS (0,30)	8,1	8,3	NS (0,16)
2 ^{ème} année	8,7	10	NS (0,21)	8,7	8,7	NS (0,41)
L'année d'après	8,7	8,4	NS (0,37)	8,3	8,9	NS (0,14)

5. Ce qu'il faut retenir du questionnaire « Au fil des ans »

Dans la population totale étudiée, le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis (RR = 1,64) et d'avoir expérimenté (RR= 1,25) sont significativement plus importants chez les hommes que chez les femmes.

Pour les étudiants de l'IFSI, le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,52 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes alors que le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 1,59 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes pour ceux de l'UFTS.

En médecine, le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,52 fois significativement plus important chez les hommes que chez les femmes.

A. L'analyse par formation

Le risque d'avoir expérimenté le cannabis est 1,40 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IFSI, de 1,80 plus que ceux de médecine et de 1,68 fois plus que chez ceux de l'IUFM.

Le risque d'avoir déjà fumé du cannabis au cours de sa vie est 1,29 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de médecine.

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 3,74 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'IFSI que chez ceux de l'IUFM et de 1,78 fois plus que chez ceux de médecine.

Le risque de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis est 2,62 fois significativement plus important chez les acteurs de prévention de l'UFTS que chez ceux de l'IFSI, 4,66 fois plus que chez ceux de médecine et 9,82 fois significativement plus que chez ceux de l'IUFM.

Les étudiants de l'UFTS consomment plus et ont plus expérimenté que toutes les autres formations.

Au fil des ans, la consommation augmente en deuxième année pour se stabiliser ou diminuer ensuite alors qu'en médecine, il existe une augmentation nette au niveau des internes.

B. En ce qui concerne l'expérimentation

Pour la population totale, c'est le fait de consommer du tabac, de penser que beaucoup de gens du même âge que soi fument du cannabis, d'être sans religion ou d'une religion autre que catholique qui est lié à l'expérimentation alors qu'être une femme qui n'a jamais bu ni fumé de tabac est corrélé avec l'absence d'expérimentation.

Pour les étudiants de l'IFSI qui ont expérimenté, on retrouve le fait d'avoir fumé et de ne pas avoir d'enfant ainsi que le fait de penser qu'un infirmier qui fume du cannabis c'est plutôt normal. Là aussi, être une femme et ne jamais avoir fumé semble protéger.

Pour les étudiants de l'IUFM, ceux qui fument du tabac et qui pensent qu'un professeur des écoles qui consomme du cannabis, c'est plutôt normal ont plus de chance d'avoir expérimenté le cannabis. Le fait de n'avoir jamais consommé de tabac protège.

Pour les étudiants de l'UFTS, ceux qui pensent que leurs amis seraient plutôt d'accord avec leur consommation de cannabis et qui ne sont pas d'accord avec le fait que le cannabis entraîne plus de déprime que d'euphorie ont plus de chance d'avoir expérimenté le cannabis. Le fait de n'avoir jamais bu d'alcool diminue le risque d'expérimentation du cannabis.

Pour les étudiants en médecine, ceux qui sont plus âgés et qui fument du tabac ont plus expérimenté alors que ceux qui n'ont jamais fumé sont protégés.

C. Pour les fumeurs occasionnels ou réguliers

Pour la population totale étudiée, ceux qui ont le plus de chance de fumer du cannabis à l'heure actuelle sont ceux qui pensent que leurs parents et leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument du cannabis tous les jours, qui pensent que leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument occasionnellement du cannabis, que le nombre de personnes de leur âge qui fument du cannabis occasionnellement est assez élevé et qui somme toute pensent qu'un acteur de prévention qui fume occasionnellement du cannabis, c'est plutôt normal. Ces derniers en plus fument et boivent régulièrement. Là encore, être une femme, ne pas fumer et avoir des enfants protège de la consommation régulière.

Pour les étudiants de l'IFSI, ceux qui fument actuellement du cannabis sont ceux qui pensent que leurs parents et leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument occasionnellement du cannabis, qui pensent que le nombre de personnes de leur âge qui fument du cannabis occasionnellement est assez élevé et

qu'un infirmier qui fume occasionnellement du cannabis, c'est plutôt normal et qui fument du tabac régulièrement ou qui ont fumé dans le passé. Ceux qui ne fument pas de cannabis actuellement sont ceux sont plus âgés, qui pensent que leurs amis seraient plutôt d'accord s'ils apprenaient qu'ils boivent un ou deux verres occasionnellement mais qu'il est n'est pas normal pour un infirmier de fumer du cannabis tous les jours.

Pour les étudiants de l'IUFM, ceux qui pensent que leurs amis seraient plutôt d'accord avec le fait qu'ils fument du cannabis tous les jours voient la probabilité de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis augmenter tandis que le fait d'être plus âgé là aussi semble protéger.

Pour les étudiants de l'UFTS, ceux qui pensent que leurs parents seraient plutôt d'accord s'ils apprenaient qu'ils fument du cannabis tous les jours et qu'un éducateur spécialisé qui fume du cannabis tous les jours, c'est normal ont une probabilité élevée de fumer occasionnellement ou régulièrement du cannabis alors que ceux qui ne sont pas d'accord avec le fait qu'un jeune de moins de 16 ans peut acheter des cigarettes pour son père semblent protégés.

Les étudiants en médecine qui pensent que leurs amis seraient plutôt d'accord s'ils apprenaient qu'ils fument occasionnellement du cannabis et qu'un médecin qui boit cinq verres d'alcool ou plus dans la même soirée, c'est normal voient leur probabilité de consommer occasionnellement ou régulièrement du cannabis augmenter alors que ceux qui sont plus âgés et n'ont jamais fumé de tabac la voient diminuer.

Sur le score de connaissances générales, les étudiants en médecine sont les meilleurs significativement suivis des infirmiers puis des professeurs et enfin des éducateurs.

Pour toutes les formations cependant, le score s'améliore l'année d'après la formation sauf pour les étudiants en médecine où elles restent stables à un niveau élevé.

Le fait de fumer régulièrement du cannabis n'affecte négativement le score de connaissance générale que chez les étudiants de l'UFTS, ailleurs elle est sans

signification sauf chez les étudiants en médecine expérimentateurs où il est un peu meilleur alors que c'est l'inverse pour les professeurs des écoles.

Les tests comparant la consommation et l'expérimentation de cannabis et l'année de formation montrent des résultats corrélés positivement avec un bon score obtenu en 3^{ème} année pour les étudiants de l'IFSI.

Les tests effectués sur les liens éventuels avec la profession des parents (acteurs de prévention ou pas) n'ont rien donné de significatifs.

6. Comparaison entre les items du questionnaire « Au fil du temps » et le fait de consommer ou non du cannabis

Bien que de nombreux résultats soient déjà disponibles à analyser, nous souhaitons présenter des données complémentaires qui pourraient nous éclairer dans notre discussion. Il s'agit d'analyses univariées. Pour les variables quantitatives, seuls les tests non paramétriques de comparaison de moyennes ont été utilisés (tests de Mann-Whitney) avec un risque $\alpha=10\%$. Pour les variables qualitatives, seuls les tests de χ^2 ont été utilisés avec un risque $\alpha=10\%$. Tous les résultats détaillés sont en annexe. Nous nous attacherons surtout à détailler les questions portant sur les normes de consommation par rapport aux parents, aux amis et à la future profession exercée. L'échelle visuelle analogique allait de 0 à 10. Un chiffre élevé témoigne de l'approbation de la conduite.

A. La population totale

Sur la population totale, par rapport à l'avis des parents, c'est la consommation occasionnelle d'alcool qui pose le moins de problème que les étudiants soient consommateurs réguliers ou pas de cannabis. A l'opposé, la consommation de cannabis tous les jours semblerait poser le plus de problèmes aux parents que les étudiants soient consommateurs ou pas.

Tableau 109, Réactions Parents / Consommation Cannabis Population totale

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
Q4 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	6,7 ± 2,7	8,0 ± 2,3	<0,0001	6,3 ± 2,8	7,3 ± 2,6	<0,0001
Q7 : vous fumez du cannabis tous les jours	0,3 ± 0,9	0,8 ± 1,3	<0,0001	0,4 ± 1,2	0,4 ± 1,0	NS (0,21)

Par rapport aux amis, c'est la consommation occasionnelle de cannabis ou d'alcool qui pose le moins de problèmes ; Ce qui en cause le plus c'est la consommation quotidienne de cannabis même si ce niveau est élevé dans le cas des fumeurs actuels de cannabis. L'ivresse semble bien tolérée surtout par les amis des gens qui consomment actuellement.

Tableau 110, Réactions Amis / Consommation Cannabis Population totale

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que :						
Q9 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	7,6 ± 2,5	8,7 ± 1,9	<0,000 1	7,3 ± 2,7	8,1 ± 2,2	0,0007
Q10 : vous fumez occasionnellement du cannabis	4,2 ± 3,1	8,1 ± 2,2	<0,000 1	3,1 ± 2,8	5,9 ± 3,1	<0,000 1
Q11 : vous êtes ivre une fois par semaine	2,9 ± 2,8	5,7 ± 3,1	<0,000 1	2,3 ± 2,5	4,0 ± 3,1	<0,000 1
Q12 : vous fumez du cannabis tous les jours	1,6 ± 2,3	4,8 ± 2,9	<0,000 1	1,1 ± 1,9	2,7 ± 2,9	<0,000 1

Par rapport au futur métier d' « acteur de prévention », ce qui est le moins réprimé c'est la consommation d'alcool en une fois, la consommation de tabac et la consommation occasionnelle de cannabis.

Tableau 111, Représentations Acteur de Prévention / Consommation Cannabis Population totale

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Pour vous, un acteur de prévention qui						
Q15 : boit de la bière tous les jours	2,2 ± 2,3	3,7 ± 2,7	<0,0001	1,9 ± 2,1	2,8 ± 2,5	<0,0001
Q16 : boit du whisky tous les jours	1,2 ± 1,7	2,4 ± 2,5	<0,0001	1,0 ± 1,5	1,7 ± 2,1	<0,0001
Q17 : boit cinq verres d'alcool ou plus dans la même soirée	4,3 ± 3,1	6,5 ± 2,8	<0,0001	3,5 ± 3,0	5,3 ± 3,1	<0,0001
Q18 : fume plus de cinq cigarettes par jour	4,9 ± 2,8	6,7 ± 2,8	<0,0001	4,2 ± 2,7	5,8 ± 2,8	<0,0001
Q19 : fume	3,0 ± 2,7	6,6 ± 2,5	<0,0001	1,9 ± 2,2	4,7 ± 3,0	<0,0001

occasionnellement du cannabis						
Q20 : fume du cannabis tous les jours	0,9 ± 1,7	2,9 ± 2,7	<0,0001	0,6 ± 1,4	1,6 ± 2,3	<0,0001

B. L'estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge

(a) Population totale

Tableau 112, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Selon vous, quel est le nombre de <u>personnes de votre âge</u> qui fument du cannabis (en pourcentage du nombre de personne qui le font)						
Q13 : occasionnellement	44,1 ± 21,5	60,4 ± 19,2	<0,0001	39,2 ± 21,8	51,4 ± 20,8	<0,0001
Q14 : tous les jours	17,5 ± 14,5	25,7 ± 17,7	<0,0001	15,7 ± 13,6	20,9 ± 16,1	<0,0001

Nous avons fait des moyennes de l'estimation selon la consommation actuelle ou l'expérimentation. On constate des surestimations par rapport à la consommation française mais qui n'est pas si éloignée de leur propre consommation ou expérimentation.

Tableau 113, Estimation de l'expérimentation de cannabis pour les gens du même âge Population Totale

(en %)	A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie	
	Oui	Non
Hommes	69,62	30,38
Femmes	55,51	44,49

Et pour la consommation actuelle.

**Tableau 114, Estimation de la consommation actuelle de cannabis pour les gens du même âge
Population Totale**

(en %)	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis	
	Oui	Non
Hommes	22,15	77,85
Femmes	13,50	86,50

(b) IFSI

Pour les élèves infirmiers, la censure parentale supposée porte sur la consommation quotidienne de cannabis et l'ivresse hebdomadaire tandis que la consommation occasionnelle d'alcool n'émeut pas particulièrement.

Tableau 115, Réactions Parents / Consommation Cannabis IFSI

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que :						
Q4 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	6,2 ± 2,7	7,6 ± 2,8	0,0027	6,1 ± 2,8	6,7 ± 2,7	NS(0,12)
Q6 : vous êtes ivre une fois par semaine	0,8 ± 1,5	1,8 ± 2,2	0,0004	0,8 ± 1,8	1,0 ± 1,6	NS (0,19)
Q7 : vous fumez du cannabis tous les jours	0,2 ± 0,8	0,7 ± 1,2	0,0007	0,3 ± 0,9	0,4 ± 0,9	NS (0,44)

Pour les amis des infirmiers, la consommation occasionnelle d'alcool n'est pas un problème ni la consommation de cannabis. C'est seulement la consommation quotidienne qui poserait problème.

Tableau 116, Réactions Amis / Consommation Cannabis IFSI

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que :						
Q9 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	7,1 ± 2,6	8,4 ± 2,1	0,0039	7,0 ± 2,7	7,5 ± 2,5	NS(0,11)
Q10 : vous fumez occasionnellement du cannabis	3,7 ± 2,9	7,6 ± 2,4	<0,0001	3,0 ± 2,6	5,2 ± 3,2	<0,0001
Q12 : vous fumez du cannabis tous les jours	1,6 ± 2,2	4,1 ± 2,8	<0,0001	1,1 ± 1,7	2,5 ± 2,7	<0,0001

Quant à la représentation des consommations infirmières, ce qui semble accepté le mieux c'est la consommation de tabac, de cannabis occasionnel et d'alcool en une seule fois. Ce qui est le moins acceptable, c'est la consommation quotidienne de whisky et de cannabis tous les jours

Tableau 117, Représentations Infirmier / Consommation Cannabis IFSI

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Pour vous, un infirmier qui						
Q16 : boit du whisky tous les jours	1,5 ± 1,7	2,2 ± 2,3	0,0324	1,5 ± 1,7	1,7 ± 1,9	NS(0,18)
Q17 : boit cinq verres d'alcool ou plus dans la même soirée	4,3 ± 2,9	6,5 ± 2,6	<0,0001	3,8 ± 2,7	5,2 ± 3,0	0,0003
Q18 : fume plus de cinq cigarettes par jour	4,8 ± 2,4	6,9 ± 2,3	<0,0001	4,6 ± 2,2	5,5 ± 2,6	0,0215
Q19 : fume occasionnellement du cannabis	2,8 ± 2,4	6,5 ± 2,4	<0,0001	1,9 ± 2,1	4,4 ± 2,7	<0,0001
Q20 : fume du cannabis tous les jours	1,1 ± 1,9	2,6 ± 2,4	<0,0001	0,8 ± 1,6	1,7 ± 2,1	<0,0001

C. L'estimation de la consommation de cannabis

On retrouve des chiffres élevés mais on ne peut départager les opinions des fumeurs actuels et des expérimentateurs.

Tableau 118, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge IFSI

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Selon vous, quel est le nombre de <u>personnes de votre âge</u> qui fument du cannabis (en pourcentage du nombre de personne qui le font)						
Q13 : occasionnellement	47,5 ± 20,6	62,5 ± 16,4	<0,0001	45,9 ± 20,6	52,6 ± 20,4	0,0140
Q14 : tous les jours	22,0 ± 15,8	22,7 ± 18,6	NS(0,48)	21,3 ± 15,4	22,6 ± 16,8	NS(0,33)

(a) IUFM

Les parents des futurs professeurs des écoles

Ce qui semble les perturber serait l'ivresse hebdomadaire ou la consommation de cannabis quotidienne (bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs ce qui traduit dans les esprits une réprobation unanime); ce qui est le plus accepté dans l'esprit des étudiants concernant leurs parents est la consommation occasionnelle d'alcool.

Tableau 119, Réactions Parents / Consommation Cannabis IUFM

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que :						
Q4 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	6,7 ± 2,7	8,7 ± 1,2	0,0824	6,1 ± 2,7	7,3 ± 2,7	0,0057
Q6 : vous êtes ivre une fois par semaine	0,8 ± 1,2	1,2 ± 1,1	0,0669	0,7 ± 1,2	0,9 ± 1,1	NS(0,12)
Q7 : vous fumez du cannabis tous les jours	0,4 ± 0,9	0,3 ± 0,3	NS(0,33)	0,5 ± 1,2	0,3 ± 0,5	NS(0,29)

Les amis des professeurs des écoles accepteraient volontiers la consommation occasionnelle d'alcool et de cannabis tandis que la consommation quotidienne de cannabis serait censurée par les non-consommateurs.

Tableau 120, Réactions Amis / Consommation Cannabis IUFM

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que :						
Q9 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	7,8 ± 2,4	9,5 ± 0,4	0,0491	7,3 ± 2,7	8,5 ± 2,0	0,0046
Q10 : vous fumez occasionnellement du cannabis	4,4 ± 2,8	8,7 ± 1,4	0,0006	3,1 ± 2,3	5,9 ± 2,8	<0,0001
Q12 : vous fumez du cannabis tous les jours	1,6 ± 2,3	5,9 ± 3,3	0,0007	1,0 ± 1,8	2,5 ± 2,9	<0,0001

La représentation des professeurs des écoles

Ce qui semble le plus accepté, c'est d'abord la consommation de tabac et de cannabis occasionnelle et de cannabis ; la réprobation étant là aussi sur la consommation de whisky et de cannabis au quotidien.

Tableau 121, Représentations Professeur des écoles / Consommation Cannabis IUFM

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Pour vous, un professeur qui						
Q16 : boit du whisky tous les jours	0,9 ± 1,5	1,0 ± 1,2	NS(0,31)	0,6 ± 1,0	1,2 ± 1,8	0,0516
Q18 : fume plus de cinq cigarettes par jour	5,3 ± 2,5	8,3 ± 2,1	0,0080	4,5 ± 2,4	6,3 ± 2,4	<0,0001
Q19 : fume occasionnellement du cannabis	3,4 ± 2,7	7,3 ± 2,3	0,0017	2,2 ± 2,1	4,9 ± 2,8	<0,0001
Q20 : fume du cannabis tous les jours	0,8 ± 1,6	2,3 ± 3,8	0,0252	0,4 ± 1,0	1,2 ± 2,2	0,0059

L'estimation de la consommation de l'entourage

Tableau 122, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge IUFM

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Selon vous, quel est le nombre de <u>personnes de votre âge</u> qui fument du cannabis (en pourcentage du nombre de personne qui le font)						
Q13 : occasionnellement	38,4 ± 22,4	55,0 ± 15,2	0,0370	31,3 ± 2,8	46,4 ± 19,3	<0,0001
Q14 : tous les jours	12,1 ± 11,1	24,5 ± 17,5	0,0301	9,9 ± 11,0	15,3 ± 11,8	0,0002

(b) UFTS

Les parents des éducateurs en formation seraient enclins à tolérer une consommation d'alcool occasionnelle et réprouvèrent l'ivresse hebdomadaire et le cannabis quotidien.

Tableau 123, Réactions Parents / Consommation Cannabis UFTS

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que :						
Q4 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	7,4 ± 2,5	8,0 ± 2,2	0,0783	7,6 ± 2,9	7,7 ± 2,3	NS(0,49)
Q6 : vous êtes ivre une fois par semaine	1,7 ± 2,4	2,1 ± 2,0	NS(0,14)	1,6 ± 2,7	1,9 ± 2,2	NS(0,18)
Q7 : vous fumez du cannabis tous les jours	0,6 ± 1,6	1,1 ± 1,6	0,0050	1,0 ± 2,6	0,8 ± 1,4	NS(0,35)

Les amis des éducateurs spécialisés sont tolérants pour tout type de conduite sauf pour le cannabis quotidien et encore uniquement pour les non-consommateurs ou expérimentateurs.

Tableau 124, Réactions Amis / Consommation Cannabis UFTS

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que :						
Q8 : vous fumez un paquet ou plus de cigarettes par jour	4,9 ± 3,0	5,8 ± 2,9	0,0288	4,5 ± 3,3	5,4 ± 2,9	NS(0,11)
Q9 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	8,2 ± 2,3	8,5 ± 1,9	NS(0,16)	8,0 ± 2,9	8,4 ± 2,0	NS(0,45)
Q10 : vous fumez occasionnellement du cannabis	6,0 ± 3,3	8,3 ± 2,1	0,0003	4,6 ± 3,9	7,3 ± 2,8	0,0054
Q11 : vous êtes ivre une fois par semaine	3,5 ± 3,2	6,3 ± 2,9	<0,0001	3,3 ± 3,5	4,9 ± 3,4	0,0656
Q12 : vous fumez du cannabis tous les jours	2,3 ± 3,1	5,6 ± 2,7	<0,0001	1,8 ± 3,0	4,0 ± 3,3	0,0082

La représentation majoritaire de l'éducateur spécialisée est compatible avec les alcoolisations massives, la consommation de tabac et de cannabis occasionnelle.

Tableau 125, Représentations Éducateur spécialisé / Consommation Cannabis UFTS

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Pour vous, un éducateur spécialisé qui						
Q15 : boit de la bière tous les jours	3,0 ± 2,9	4,4 ± 2,8	0,0041	1,5 ± 2,1	3,9 ± 2,9	0,0007
Q16 : boit du whisky tous les jours	1,6 ± 2,4	3,0 ± 2,7	0,0007	1,5 ± 2,8	2,3 ± 2,6	0,0299
Q17 : boit cinq verres d'alcool ou plus dans la même soirée	5,9 ± 3,0	6,5 ± 2,8	NS(0,16)	5,9 ± 3,4	6,2 ± 2,9	NS(0,34)
Q18 : fume plus de cinq cigarettes par jour	7,1 ± 2,5	7,1 ± 2,7	NS(0,40)	7,1 ± 3,3	7,1 ± 2,5	NS(0,35)
Q19 : fume occasionnellement du cannabis	5,0 ± 3,0	7,0 ± 2,3	0,0002	4,5 ± 3,5	6,1 ± 2,7	0,0456
Q20 : fume du cannabis tous les jours	1,4 ± 2,0	3,9 ± 2,8	<0,0001	1,6 ± 2,7	2,6 ± 2,7	0,0438

L'estimation de la consommation de l'entourage

Tableau 126, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge UFTS

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Selon vous, quel est le nombre de <u>personnes de votre âge</u> qui fument du cannabis (en pourcentage du nombre de personne qui le font)						
Q13 : occasionnellement	52,4 ± 21,6	61,2 ± 21,0	0,0196	48,5 ± 21,9	57,3 ± 21,6	0,0902
Q14 : tous les jours	24,9 ± 17,5	30,9 ± 17,1	0,0274	20,0 ± 14,1	28,6 ± 17,7	0,0454

(c) Faculté de médecine

Les parents des étudiants en médecine réprouvaient le moins selon eux la consommation d'alcool occasionnelle et ne seraient pas d'accord avec l'ivresse hebdomadaire et la consommation quotidienne de cannabis. La consommation de tabac est consensuellement réprouvée.

Tableau 127, Réactions Parents / Consommation Cannabis Médecine

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos parents s'ils apprenaient que :						
Q3 : vous fumez un paquet ou plus de cigarettes par jour	1,9 ± 2,1	2,5 ± 2,4	NS(0,18)	1,7 ± 2,0	2,1 ± 2,3	NS(0,16)
Q4 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	6,9 ± 2,8	8,4 ± 1,5	0,0479	6,2 ± 2,7	7,8 ± 2,5	0,0004
Q6 : vous êtes ivre une fois par semaine	0,7 ± 1,5	1,6 ± 2,1	0,0470	0,4 ± 0,9	1,1 ± 1,9	0,0694
Q7 : vous fumez du cannabis tous les jours	0,2 ± 0,6	0,3 ± 0,5	0,0497	0,2 ± 0,7	0,2 ± 0,5	NS(0,48)

Les amis des étudiants en médecine sont extrêmement tolérants pour toutes les conduites à risque (notamment l'alcool et le cannabis occasionnel) sauf pour la consommation quotidienne de cannabis.

Tableau 128, Réactions Amis / Consommation Cannabis Médecine

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Comment réagiraient vos amis s'ils apprenaient que :						
Q9 : vous buvez un ou deux verres occasionnellement	7,9 ± 2,4	9,5 ± 0,7	0,0163	7,7 ± 2,5	8,4 ± 2,1	0,0684
Q10 : vous fumez occasionnellement du cannabis	4,0 ± 3,3	8,6 ± 1,8	<0,0001	3,0 ± 3,2	5,6 ± 3,2	<0,0001
Q12 : vous fumez du cannabis tous les jours	1,4 ± 2,1	3,3 ± 3,3	0,0401	1,1 ± 2,0	1,9 ± 2,4	0,0078

Le médecin peut quant à lui à leurs yeux de façon quasi normale consommer de façon massive de l'alcool alors que le cannabis et le whisky quotidiens sont réprouvés.

Tableau 129, Représentations Médecin / Consommation Cannabis Étudiants en médecine

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Pour vous, un médecin qui						
Q16 : boit du whisky tous les jours	1,0 ± 1,6	1,6 ± 2,2	NS(0,30)	0,6 ± 1,2	1,5 ± 1,9	0,0011
Q17 : boit cinq verres d'alcool ou plus dans la même soirée	3,1 ± 2,9	6,9 ± 3,3	0,0003	2,3 ± 2,7	4,5 ± 3,2	<0,0001
Q20 : fume du cannabis tous les jours	0,3 ± 1,0	0,6 ± 0,9	0,0446	0,1 ± 0,2	0,5 ± 1,2	0,0535

L'estimation de la consommation quotidienne de cannabis semble plus faible que chez les autres étudiants.

Tableau 130, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge Médecine

<i>Moyenne ± Ecart-type</i>	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Selon vous, quel est le nombre de <u>personnes de votre âge</u> qui fument du cannabis (en pourcentage du nombre de personne qui le font)						
Q13 : occasionnellement	40,9 ± 19,9	54,6 ± 22,0	0,0161	36,0 ± 19,0	46,8 ± 20,4	0,0021
Q14 : tous les jours	19,1 ± 9,8	16,9 ± 12,8	NS(0,13)	13,2 ± 9,7	13,8 ± 10,5	NS(0,43)

Ces chiffres nous paraissent importants à citer même partiellement car ils représentent la vision supposée des uns et des autres. Nous pouvons maintenant commencer l'analyse de ces imposantes données.

Chapitre 4 :

Analyse des résultats

Nous allons examiner les facteurs qui peuvent influencer l'expérimentation et la consommation actuelle de cannabis en analysant d'une part les facteurs psychosociaux et d'autre part les facteurs liés à la formation et l'évolution au fil des ans.

1. Les facteurs psychosociaux

A. Le sexe

C'est une constatation assez habituelle mais les femmes sont comme dans toutes les études sur le sujet bien moins consommatrice que les hommes. On retrouve cette occurrence au niveau de l'expérimentation dans l'enquête « 1, 2, 3 » (RR=1,35). On le retrouve également dans l'enquête « Au fil des ans » au niveau de l'expérimentation (RR=1,25) mais surtout au niveau de la consommation actuelle (RR=1,64).

L'expérimentation reste assez proche entre hommes et femmes mais la distance se creuse quand il s'agit d'une consommation occasionnelle ou régulière.

Au niveau des formations, les garçons de l'IFSI et de médecine sont plus expérimentateurs dans la proportion de RR=1,52. A l'UFTS, ils sont plus consommateurs que les filles avec un RR de 1,59.

On retrouve l'importance du sexe dans les régressions logistiques. Le fait d'être une femme est souvent associé au fait de moindre expérimentation et de moindre consommation actuelle.

B. L'âge

	Fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis			A déjà fumé du cannabis au cours de sa vie		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p
Age	25,4 ± 6,6	24,2 ± 5,2	NS (0,25)	25,8 ± 7,7	24,8 ± 5,5	NS (0,34)

L'âge moyen du groupe correspond à notre précédente enquête ; cependant, apparaît au niveau des régressions logistiques à deux reprises le fait d'être plus âgé comme facteur associé à la non-consommation actuelle.

C. D'autres facteurs rentrent en jeu

(a) Les facteurs sociodémographiques

L'âge et le sexe ne sont pas les seuls facteurs sociodémographiques qui ont une influence sur la consommation et/ou l'expérimentation de cannabis.

On retrouve effectivement le fait d'avoir des enfants comme lié à une absence de consommation actuelle et le fait de ne pas avoir d'enfant comme lié à la consommation des infirmiers en formation. Le fait d'avoir des enfants permet-il l'accession à l'âge adulte et à la responsabilisation.

Le fait d'être sans religion ou d'être d'une religion autre que catholique est associé à une plus grande expérimentation. Ce qui traduit malgré tout une empreinte persistante de la religion catholique sur la société française.

La profession des parents. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé comme nous l'espérons de corrélations entre le métier des parents et la consommation de cannabis ; Nous n'avons pas poussé plus loin mais peut-être aurions nous pu vérifier que la consommation actuelle et l'expérimentation se font plus souvent dans les familles à niveau intellectuel supérieur.

(b) Les facteurs de choix personnels

Nous pouvons en distinguer principalement trois : la peur de consommer ne serait-ce qu'une seule fois joue sur la non-expérimentation, la non-consommation au cours des 12 derniers mois et du dernier mois ; le fait de n'avoir jamais fumé de tabac joue également un rôle protecteur sur l'expérimentation, les consommations au cours des douze derniers mois et au cours du dernier mois ; le fait de n'avoir jamais bu d'alcool protège de la même façon.

D. L'influence des parents

Les étudiants du groupe total pensent que leurs parents ne seraient pas gênés par leur consommation occasionnelle d'alcool et ce d'autant plus qu'ils sont eux-mêmes consommateurs de cannabis à l'heure actuelle. C'est la consommation quotidienne de cannabis qui poserait le plus de problèmes d'autant plus que les étudiants ne sont pas des consommateurs actuels dans toutes les formations. On retrouve généralement ce consensus avec en plus comme facteurs de désapprobation de la part des parents l'ivresse hebdomadaire.

E. L'influence des amis

La consommation occasionnelle d'alcool et de tabac ne pose pas de problèmes aux amis des acteurs de prévention et ce d'autant moins qu'ils sont consommateurs passés ou actuels. On peut imaginer que les amis sont les gens avec qui les étudiants fument et qu'ils se recrutent parmi les gens qui ont la même formation.

Les amis des étudiants de l'UFTS semblent les plus tolérants car ils seraient plutôt d'accord avec l'ivresse hebdomadaire et la consommation quotidienne de cannabis d'autant plus que les étudiants sont consommateurs.

Ce qui poserait problème c'est la consommation de cannabis quotidienne d'autant plus que vous n'êtes pas ou n'avez jamais été fumeur de cannabis.

On note aussi à plusieurs reprises que la consommation de l'entourage joue un rôle favorisant dans la consommation actuelle ou passée de cannabis.

F. L'estimation de la consommation de cannabis.

Plus on fume de cannabis et plus on pense que tout le monde fume autour de soi. S'il y a une surestimation de la consommation des gens du même âge, par contre, la consommation estimée est assez proche de la consommation observée dans l'entourage immédiat et c'est peut-être à cette question que les étudiants ont répondu.

Plus on fume de cannabis et plus on a une attitude de prises de risques et plus on légitime ses propres pratiques.

2. Le choix de la formation et l'évolution au fil des ans

A. L'influence de la formation

Choisit-on sa formation par hasard ? Il semble bien que non tant les différences sont marquées dès le début. Les élèves éducateurs sont de plus grands expérimentateurs et consommateurs actuels de cannabis.

- Dans l'enquête « 1,2,3 », ils ont plus expérimenté que ceux de l'IFSI (RR=1,33).
- Dans l'enquête « Au fil des ans », on confirme qu'ils sont plus expérimentateurs que les étudiants de l'IFSI et de médecine puis de l'IUFM.
- Sur la consommation actuelle, ils se distinguent encore plus avec un RR de 2,62 par rapport à l'IFSI, de 4,66 par rapport à ceux de médecine et de 9,82 par rapport à ceux de l'IUFM.

B. La représentation de son futur métier par rapport aux consommations de substances psychoactives

Pour la population totale étudiée, la consommation de tabac est bien tolérée mais également de façon plus surprenante, la consommation de plus de cinq verres dans une soirée ce qui légitime l'ivresse et ce d'autant plus que l'on est fumeur de cannabis actuellement; on peut considérer que ces réponses sont fortement marquées par ce que les étudiants vivent au niveau des « fêtes » ou des « soirées étudiantes ». Ce qui serait le moins accepté, c'est la consommation de whisky et de cannabis tous les jours, d'autant moins que l'on n'est pas consommateur.

On retrouve les mêmes items positifs et négatifs chez les élèves infirmiers auxquels se rajoute la consommation occasionnelle de cannabis comme facteur tolérable et ce comme d'habitude d'autant plus que l'on est fumeur soi-même.

Les futurs professeurs des écoles pensent eux que le professeur en exercice peut fumer occasionnellement du tabac et du cannabis s'ils sont eux-mêmes fumeurs réguliers de cannabis. Par contre, ce qui est stigmatisé d'autant plus que l'on est non-consommateur, c'est la consommation quotidienne de cannabis et de whisky (ce dernier item de façon unanime).

De façon non surprenante, les élèves éducateurs pensent que l'éducateur peut fumer du cannabis d'autant plus qu'il est lui-même fumeur de cannabis. Ce qui est plus surprenant, c'est qu'il existe un consensus assez élevé pour approuver la consommation de tabac et la consommation de cinq verres d'alcool dans une seule soirée. Là encore, les « fêtes étudiantes » laissent des traces. De façon complémentaire, si on n'est pas consommateur, on réproue la consommation quotidienne de cannabis et de whisky.

Les étudiants en médecine sont extrêmement tolérants avec la recherche de l'ivresse pour leurs aînés d'autant plus qu'ils sont ou ont été fumeurs de cannabis. Ils réprouent pour le médecin en exercice la consommation quotidienne de whisky ou de cannabis.

C. Le score de connaissance sur les addictions

Pour le questionnaire « 1,2,3 », on a vu que les connaissances des étudiants de l'IUFM sont plus faibles que celles des étudiants de l'IFSI et de l'UFTS. Ce qui est surprenant chez ces étudiants de l'IUFM, c'est que ceux qui ont consommé du cannabis pendant les 12 derniers mois pensent que l'information sur les drogues à l'école n'est pas utile. On prend alors la mesure du chemin qui reste à parcourir. Ces connaissances évaluées à trois temps différents sur une année pour les différents groupes progressent ou restent stables et demeurent d'un niveau assez moyen.

Pour le questionnaire « Au fil des ans », qui prend trois ou quatre points de mesure, ce sont les étudiants en médecine qui ont des scores significativement plus élevés suivis des infirmiers puis des professeurs et des éducateurs. Ce score s'améliore pour toutes les formations avec un maximum l'année d'après la formation sauf pour les internes en médecine qui ont un score stable et élevé.

On distingue donc deux groupes, des gens qui ont des connaissances élevées dues à leur formation initiale spécifique et un deuxième groupe avec les futurs éducateurs et professeurs qui n'ont pas de formation spécifique a priori dont certains vont être des consommateurs (les éducateurs) et d'autres pas (les professeurs des écoles).

D. Quelle(s) évolution(s) au fil des ans ?

Le deuxième volet de notre hypothèse était de postuler qu'une évolution avait lieu au fil des ans et pouvait infléchir un mouvement initial.

De façon assez rassurante, on note qu'après une augmentation de consommation en deuxième année, la consommation se stabilise ou diminue sauf pour les étudiants en médecine où elles augmentent de façon très significative. On pourrait postuler que les élèves infirmiers et éducateurs font corps en début de deuxième année (durée identique de formation) et nouent alors des rapports amicaux qui vont entraîner une surconsommation. Il n'en va pas de même pour les professeurs des écoles qui n'ont pas le temps de nouer des rapports forts autrement que dans des regroupements en seconde année. De même, la constitution d'un corps spécifique au

cours de l'internat de médecine et de la solidarité qui s'y attache encore (gardes, remplacements dans les différents services) font que c'est probablement à ce moment là que naissent de véritables « amitiés » qui « autorisent » des consommations antérieurement probablement plus solitaires. On peut y voir aussi le bouclier protecteur de l'image du médecin qui en aucune façon ne pourrait être mis en cause pour ses consommations même excessives et chroniques puisque lui « il sait ! ».

Dans tous les cas, notons l'importance de l'influence de la consommation des entourages sur l'attitude adoptée. On retrouve aussi cette notion sur les alcoolisations massives qui ne sont pas relevées chez les futurs professeurs des écoles alors qu'elles semblent « institutionnalisées » dans les trois autres formations même au-delà des études.

Pourtant, malgré ces attitudes, chacun semble devenir savant l'année d'après comme en témoigne l'augmentation du score de connaissances générales. La confrontation au réel et pourquoi pas à l'âge adulte permet sans doute une maturation. Il est important aussi de noter que la chute des consommations est liée à l'éclatement du groupe d'amis potentiellement consommateurs que l'on rencontrait auparavant régulièrement. C'est ce que j'appellerai l'effet « service militaire ». En effet, nombre d'addictions alcool-tabagiques ont commencé lors du service national quand le tabac était gratuit puis faiblement payant avant de n'être plus distribué et l'alcool la seule distraction. Quand les gens rentraient chez eux, tous ne sont pas devenus alcooliques ou tabagiques ; ce qui traduit qu'au-delà de l'effet de contexte, l'individu est capable aussi de faire des choix même s'ils étaient différés et d'adaptation pour « survivre » dans un groupe que là, ils n'avaient pas choisi. On retrouve et j'y insiste l'influence du milieu dans lequel on évolue.

3. En guise de conclusion provisoire

Il existe d'authentiques facteurs sociodémographiques attachés à la consommation actuelle ou à l'expérimentation de cannabis : Être plus âgé, être une femme, avoir des enfants semblent être des facteurs protecteurs. Ne pas avoir de religion ou être d'une religion autre que catholique est un facteur favorisant. D'autres facteurs comme le fait de ne pas avoir peur de consommer favorise la consommation tandis que n'avoir jamais bu ni consommé de tabac semble protéger.

L'influence des parents, si elle existe, n'empêche pas les consommations et parfois peut les justifier. En effet, comment faire la différence entre une consommation occasionnelle d'alcool et une consommation massive quand on sait que ce sont ceux qui consomment régulièrement qui l'ont alors que les parents la réprouvent. L'influence des amis est plus « cool » car c'est probablement avec eux que l'on consomme comme en témoigne une augmentation des consommations en début de deuxième année avec ceux qui ne sont pas encore des collègues. Parce qu'elle est « permissive », elle joue sur les consommations.

On ne semble pas choisir sa formation par hasard mais peut-être va-t-on chercher à y retrouver d'autres soi-même. On s'en rend compte grâce à l'homogénéité des réponses concernant la consommation actuelle du cannabis. L'identité personnelle préalable semble déjà bien installée comme en témoignent les attitudes vis-à-vis des consommations.

Il existe des évolutions au fil des ans différentes suivant les formations mais sont-elles dues à l'apport théorico pratique des formations ou à d'autres facteurs tels que le fait de l'effet du produit, les rapports dans le groupe, les prises de risque ou à l'élaboration d'autres représentations permettant de concilier d'une part une implication possible dans l'éducation pour la santé et d'autre part des conduites privées de consommation dont on ne peut ignorer les conséquences sur les actions professionnelles.

Ce sont ces facteurs que nous allons essayer d'éclairer dans la dernière partie de notre travail.

Quatrième partie :
Intervenir au delà des paradoxes

Chapitre 1 :

L'apport théorique de H.S. BECKER et son actualité

1. Que nous apprend H.S.BECKER ?

HS. BECKER a été le premier à s'intéresser dans son ouvrage de référence²³⁴ au retentissement social de la consommation de cannabis. Il est bien connu pour être l'une des figures de l'école de Chicago ou de « *l'interactionnisme symbolique* ». Cette dernière idée repose sur le fait que les individus ne subissent pas les faits sociaux mais qui les produisent par leur interaction. L'ouvrage étudie la déviance dans une perspective interactionniste. Pour HS. BECKER, la déviance est l'action de transgresser les normes établies par la société. C'est donc la société qui qualifie la personne en fonction des normes qu'elle a édictées en lui accolant une étiquette. BECKER va définir la déviance de la façon suivante « *le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès* ». Il postule que les groupes sociaux créent la déviance en instituant les normes dont la transgression constitue la déviance même et que le caractère déviant ou non d'un acte dépend de la manière dont les autres réagissent. Pour lui, le comportement déviant est une progression dans le temps qu'il définit de la façon suivante pour les fumeurs de marijuana : la carrière du fumeur comprend plusieurs étapes qui vont peu à peu le constituer en déviant.

La première étape consiste généralement à commettre une transgression ; celle-ci peut faire l'objet d'un étiquetage par les proches puis par ceux qui mettent en œuvre le contrôle social. Elle entraîne celui qui a été stigmatisé à agir hors du cadre légal et à se reconnaître lui-même comme déviant. Cet étiquetage l'entraîne à commettre de nouvelles transgressions et à rencontrer d'autres personnes plus aguerries pour s'initier à son nouveau statut : « *Ce ne sont pas les motivations déviantes qui conduisent au comportement déviant mais à l'inverse c'est le comportement déviant qui produit au fil du temps la motivation déviant* ».

²³⁴ BECKER, (H., S.), *Outsiders, Études de sociologie de la déviance*, Éditions Métallié, 2005, (1^{ère} édition, 1963) 252 p.

Dans ses conclusions sur les fumeurs de marijuana, il écrit : « *en résumé, un individu se sent libre de fumer de la marijuana dans la mesure où il parvient à se convaincre que les conceptions conventionnelles de cet usage ne sont que des idées de personnes étrangères et ignorantes* ».

En face des déviants, HS. BECKER place ce qu'il appelle « les entrepreneurs de morale » qui sont ceux qui établissent les normes qui étiquettent les déviants. Il explique comment on impose peu à peu une norme en imposant une infraction qui une fois connue de tous va permettre la généralisation de la stigmatisation. Pour l'aspect très particulier de la législation concernant la marijuana dans l'Amérique de l'époque, il écrit que la création de la norme et son application sont liées aux « entrepreneurs de morale ». Il en dénombre deux types : ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer. Les premiers veulent sauver le monde en instituant un maximum de règles pour améliorer soi-disant la condition humaine tandis que les seconds vont s'acharner à faire appliquer cette législation.

Si les idées de HS BECKER ont constitué une véritable révolution, il faut les transposer dans notre époque pour en saisir la valeur actuelle et tenter de les adapter à notre réalité.

2. Aller plus loin

P. PERETTI-WATEL²³⁵ a repris dans un article les idées de BECKER et a tenté de les appliquer à une enquête actuelle dans une perspective quantitative. Il pense que l'on peut maintenant appliquer grâce à des modélisations statistiques les analyses quantitatives aux données étudiées et que l'on peut même en faire des études multivariées. Il signale également que la dénomination des personnes peut poser des problèmes dans une recherche mais également les difficultés des définitions concernant le cannabis en termes de traduction des termes américains. Deux exemples nous paraissent importants à noter pour le cannabis : La notion d'addiction ou d'usage et ce que HS. BECKER nomme, dans une conférence citée

²³⁵ PERETTI WATEL, (P.), Comment devient-on fumeur de cannabis ? Une perspective quantitative, Revue française de sociologie, 42 -1, 2001, 3 – 30.

par l'auteur²³⁶, l'intoxication ou le fait de faire planer. Si on utilise les termes d'addiction et d'intoxication, on comprend aisément que l'on entre dans le registre de la maladie et que l'on s'éloigne du sujet que l'on veut traiter.

P. PERETTI-WATEL revient aussi sur les analyses multivariées et les attributions de causalité en citant M. CHOQUET²³⁷ « Les facteurs pouvant avoir un rôle étiologique dans le processus de consommation peuvent être très diversifiés : sociodémographiques, d'environnement social et familial, relationnels. On se propose de considérer [...] successivement quelques-uns de ces facteurs, sans pour autant conclure à leur valeur causale. En effet, les données transversales actuellement disponibles ne nous autorisent pas à ces conclusions. De plus, une extrême prudence s'impose dans ce domaine où l'on attribue, parfois trop hâtivement, un poids étiologique à un facteur associé. Afin d'éviter tout glissement de ce type, l'analyse des résultats restera très descriptive. Au lecteur de conclure eu égard à la multiplicité des facteurs en jeu, à la multiplicité du phénomène. »

Ce qui évolue aussi par rapport à l'époque de HS. BECKER est la banalisation progressive de l'usage de cannabis à la fois en termes de consommation et d'opinion comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail.

Il faut aussi tenir compte de l'évolution dans la carrière du fumeur de la réversibilité des consommations. Pas plus que les facteurs associés ne sont strictement explicatifs, pas plus on n'est engagé définitivement dans ce processus qu'est la carrière du fumeur de cannabis.

Un dernier point que nous souhaiterions mettre en avant dans le travail de P. PERETTI-WATEL est l'importance du rôle des pairs. Il note que « *...l'usage parmi les pairs reste déterminant au-delà de l'expérimentation mais de moins en moins, avec des Odds-ratios plus faibles ou moins significatifs. Les relations observées entre déterminisme et niveaux de consommation varient donc bien selon les niveaux considérés, ce qui est aussi*

²³⁶ BECKER, (H., S.) in AMOUROUS, (C.), BLANC, (A.), Erving GOFFMAN et les institutions totales, Paris, L'Harmattan, 2002, 314 p.

²³⁷ CHOQUET, (M.), LEDOUX, (S.), MARÉCHAL, (C.), Drogues illicites et attitudes face au sida, résultats d'une enquête réalisée dans le Sud-Haute-Marne, 1999, Paris, La documentation française.

valable pour le sexe : mis à part pour la comparaison entre expérimentation et usage occasionnel, plus le niveau d'usage augmente, plus l'influence du sexe se fait sentir... »

3. Application à notre travail

H.S. BECKER demeure une influence dans notre façon d'aborder le sujet.

Traiter de la consommation de cannabis chez ceux qui sont censés faire de la prévention n'était pas gagné au départ et nombreux furent ceux qui tentèrent de me décourager en soulignant le peu d'intérêt du sujet et en posant la question essentielle à notre époque : « A quoi ça sert ? ». Néanmoins, nous avons poursuivi ce travail en essayant de rester fidèle à quelques grands principes rappelés par P.PERETTI-WATEL ci-dessus.

Même si nous avons pratiqué des analyses multivariées, nous n'avons pas prononcé de rapports définitifs de causalité. Il semble cependant que notre travail fasse écho à beaucoup d'enquêtes épidémiologiques.

En refusant de juger les gens et les pratiques, nous n'avons jamais employé le terme de maladie concernant les « usagers » de cannabis enquêtés. De même, nous sommes largement d'accord sur l'ambiguïté du terme d'addiction concernant l'usage de cannabis. Nous avons fait là aussi un large développement dans notre première partie. Cette ambiguïté n'est pas levée. Où est la frontière entre l'usage et la dépendance surtout si l'on est soi-même le juge de sa propre consommation. Comme nous l'avons énoncé, « le drogué, c'est toujours l'autre et jamais soi ». Cela se confirme dans notre travail dans toutes les analyses faites entre les expérimentateurs et les non-expérimentateurs, de même qu'entre les non-consommateurs et les consommateurs actuels par rapport à l'influence des parents, des pairs et de la représentation que l'on se fait du professionnel que l'on deviendra. L'expérimentation et la consommation actuelle modifient de façon très sensible les positions des étudiants et ceux qui consomment ont toujours une attitude très compréhensive de la consommation même s'ils semblent réprouver la consommation quotidienne de cannabis ainsi que celle de whisky, ils valident presque tous la consommation de cinq verres d'alcool en une seule occasion ce qui correspond à

l'ivresse mais qui n'apparaît pas forcément dans leur esprit comme une situation à risque puisque « tout le monde fait comme ça ! ».

En fait, cette idée qui est énoncée par les consommateurs de produits psychotropes est très fréquente et peut se rapprocher de la surestimation du nombre de consommateurs du même âge. On vit de façon assez cloisonnée avec des amis avec qui on fume et on boit et l'on n'imagine que difficilement qu'une autre vie est possible. Pourtant, on abandonne ces pratiques peu à peu quand on quitte les lieux de formation car souvent on n'est plus dans cet environnement favorisant qui fait croire que fumer du cannabis est normal (dans le sens d'une norme qui s'appliquerait à cette consommation parmi les étudiants). Ceux qui persistent dans la consommation découvrent à leurs dépens que cette consommation n'est peut-être pas si anodine quand elle devient solitaire et persistante et que le nouvel entourage moins complaisant (une copine qui ne fume pas, issue d'un autre milieu, qui veut un enfant, etc....les exemples ne manquent pas même si ceux cités semblent réducteurs, ils sont ceux rencontrés le plus fréquemment dans une consultation). On comprend alors que par rapport à l'époque de HS. BECKER et même par rapport à ce qu'écrit P. PERETTI-WATEL, la dépendance physique au cannabis existe et que l'on passe dans un autre registre que nous n'avons pu objectiver car cela ne correspondait pas à notre travail initial et que l'évaluation de l'aspect quantitatif d'une consommation chez des personnes a priori non-volontaires aurait entraîné à notre avis d'importantes sous-déclarations.

Enfin, dans les hypothèses où les étudiants pourraient être qualifiés de déviants, qui sont les « entrepreneurs de morale » ? A n'en pas douter, ils existent même si les croisades n'ont pas pris une ampleur de nature à « stigmatiser » les usagers. On peut citer les sénateurs (dont le sénateur de Paris B. PLASAIT), qui ont rédigé en son temps le rapport « La drogue, l'autre cancer »²³⁸ et les parlementaires dont le député R. DELL'AGNOLA qui a déposé dans la foulée une proposition de loi relative à la lutte contre la toxicomanie, à la prévention et à la répression de l'usage

²³⁸ PLASAIT, (B.), Rapport de commission d'enquête, fait au nom de la commission d'enquête, sur la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites [n° 348 (2001-2002)] - Drogue : l'autre cancer [n° 321 tome 1 (2002-2003)] (3 juin 2003) sur www.senat.fr.

illicite de plantes ou de produits classés comme stupéfiants enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23.06.2004²³⁹.

Ce dernier avait déjà œuvré en déposant une proposition de Loi²⁴⁰ visant à sanctionner la conduite sous l'influence de stupéfiants qui fut adoptée en janvier 2003. Cette loi vise à sanctionner la conduite sous l'influence de produits ou de plantes classés comme stupéfiants. Cette loi crée un délit de conduite sous l'influence de stupéfiants sanctionné des mêmes peines que l'alcool au volant, instaure un contrôle aléatoire de l'usage de stupéfiants sur les routes et autorise un contrôle systématique sur les conducteurs impliqués dans des accidents corporels. On notera que le rapport SAM (Stupéfiants Accidents Mortels)²⁴¹ qui imputera la mort de 230 personnes à l'usage de cannabis (comparé aux 2270 imputables à l'alcool) ne paraîtra qu'en septembre 2005 soit après le vote d'une loi qu'il est censé justifier.

Ces « victoires » sont relayées par des sites à tendance comme www.drogues-danger-debat.org dont nous avons déjà parlé dans notre première partie.

Que penser dans ce contexte de la campagne « Le cannabis est une réalité » que nous avons évoquée dans notre première partie ? Que penser de cette prévention et de ces lois faites dans l'intérêt de la population ? Ne sont-elles pas sous couvert de « faire le bien » de nouveaux moyens de contrôle ? Que penser de la généralisation de tests urinaires destinés à dépister des drogues à l'embauche comme cela est déjà fait dans certaines professions (professionnels roulants de la SNCF) ? Et s'ils étaient pratiqués lors de visites médicales obligatoires avant d'entrer dans une formation ? Et s'ils étaient pratiqués à l'insu des gens mais que leur résultat influe sur la carrière ?

On le voit, si nous apparaissions protégés encore pour l'instant, la marge est ténue et le basculement possible de façon rapide. D'un côté, faire des lois pour la société, de l'autre, tenir compte de la singularité de l'individu dans son rapport au risque nécessaire dans sa construction personnelle. Il est toujours difficile de respecter l'équilibre entre les libertés individuelles et l'intérêt général.

²³⁹ Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion1696.asp>.

²⁴⁰ LOI n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants JO du 4 février 2003 sur le site www.legifrance.gouv.fr.

²⁴¹ Disponible sur www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/sam.html.

Chapitre 2 :

Le risque, sa gestion, son déni : des notions relatives

A-t-on conscience que l'on prend un risque si l'on ne l'identifie pas comme tel ? Qu'est ce qui pousse des gens faisant des études supérieures à consommer des substances illicites et à ne pas considérer cela comme problématique ? Telles sont les questions que l'on peut se poser quand on a pris en compte l'ampleur des résultats de nos enquêtes.

1. Le discours sur les produits

P.PERETTI-WATEL dans un livre au titre imagé²⁴² montre à partir d'articles récents que les consommateurs vont adapter leur discours en fonction de leur interlocuteur. On ne s'adresse pas de la même façon à un ami qu'à un juge concernant sa consommation qu'on tente de la justifier ou de la revendiquer. Il suggère de confronter le discours des usagers à celui des entrepreneurs de morale pour voir si ces deux prises de paroles ne se renforcent pas. D'un côté, les usagers évoquent l'aspect privé de leurs pratiques tandis que leurs opposants en font un problème de société.

Pour lui, les discours sont assez similaires car ils mettent en avant les mêmes notions d'autonomie et de responsabilisation en rejetant la dépendance. Les uns en réduisant leur usage du produit à la sphère privée disent maîtriser leur consommation, les autres leur répondant que toute drogue est nocive leur promettent l'escalade vers des produits encore plus nocifs. Cette auto-alimentation des deux discours est sans fin et les rares débats télévisés sur la question en sont l'illustration.

En fait, parce qu'il s'agit d'un usage récréatif, les revendications des usagers apparaissent plus conventionnelles que révolutionnaires. Comme le notent

²⁴² PERETTI-WATEL, (P.), Cannabis, ecstasy : du stigmatisme au déni, les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites, 2005, l'Harmattan, 294 p.

F. DUBET²⁴³ et S. AQUATIAS²⁴⁴, il s'agit le plus souvent d'usage récréatif de drogues. Cet usage est le fruit d'une élaboration complexe qui n'est pas si facile à définir.

Le fait que l'usage de cannabis ne soit plus associé à des minorités identifiées le renvoie plus à des attitudes conventionnelles. Il n'y a pas de la part des consommateurs de revendication identitaire contestant la société sinon dans les pratiques adolescentes. Une étude menée par A. FONTAINE²⁴⁵ montre que les revendications des usagers sont assez loin de préoccupations contestataires et qu'ils se caractérisent plus par un rejet de la politique.

Les usages récréatifs renvoient plutôt à des pratiques de semaine (avec recherche d'un effet stimulant ou relaxant) et s'opposent à des usages utilitaristes plus axés sur la défonce maximum du week-end ou dans un but de recherche de performance même si, comme le note DUBET, les frontières peuvent s'estomper pour des sujets où le temps de loisir et le reste de la vie sont assez mêlés.

L'usage récréatif est sociable plutôt que solitaire. La convivialité associée au cannabis est souvent assimilée à celle associée à l'alcool.

Enfin, le quatrième critère relevé par P. PERETTI-WATEL²⁴⁶ est l'aspect maîtrisé de la consommation. Il apparaît que l'usage récréatif est transitoire et que l'on peut y mettre fin « *lorsque de nouvelles contraintes ou de nouveaux centres d'intérêt apparaissent, notamment dans les domaines affectif, familial ou professionnel.* »

Ceci renvoie à la notion bien connue que la majorité des consommateurs de cannabis ne relèvent pas des soins ce que confirment à la fois les données des consultations dans les structures spécialisées mais également la fréquentation « spontanée » des consultations cannabis qui ne semblent avoir évité le ridicule que grâce à l'orientation pénale des injonctions de soins. La plupart d'entre elles et le

²⁴³ DUBET, (F.), *La galère, jeunes en survie*, 1987, Paris, FAYARD, 503 p.

²⁴⁴ AQUATIAS, (S.), *Cannabis : du produit aux usages. Fumeurs de cannabis dans les cités de la banlieue parisienne*, Sociétés contemporaines 1999, 36, 53-66.

²⁴⁵ FONTAINE, (A.), FONTANA, (C.), VERCHERE, (C.), VISCHI, (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, 2001, Paris, OFDT.

²⁴⁶ Op. Cit. p.175

bilan énoncé dans la première partie l'a bien montré s'arrêtent après le premier entretien et la prise en charge demeure avant tout éducative qu'elle soit familiale ou institutionnelle.

2. La consommation de cannabis

Les étudiants enquêtés apparaissent comme de grands adolescents et on peut facilement les reconnaître dans ces pratiques héritées de leur identité personnelle antérieure et qui se reconstitue ou se crée à l'occasion de la formation. Il n'est d'ailleurs pas anodin de constater que la consommation augmente en début de deuxième année chez les éducateurs et les infirmiers en formation, moment où les amitiés sont affirmées par une année d'apprentissages plus théoriques que pratiques et où le temps passé en commun est extrêmement important. L'esprit de corps est en train de naître et va se confronter bientôt à la réalité du terrain.

Dans un même ordre d'idée, l'augmentation de la consommation de cannabis se fait au moment de l'internat chez les médecins. Auparavant, les étudiants apprentis médecins sont placés sous la responsabilité des internes et des chefs de clinique. Ils sont là pour apprendre et n'ont pas à pratiquer d'actes de leur propre chef. À partir de l'internat, même s'ils sont encore placés sous la responsabilité d'un médecin senior, les internes sont face à la réalité du terrain ; de plus, ils vont agir en première ligne, être confrontés à des situations difficiles « pour de vrai », ils ne jouent plus pour très longtemps au docteur : ils vont bientôt l'être. On peut penser alors que là aussi, la notion de corps spécifique se fait jour à travers la naissance d'actes professionnels.

On peut aussi interpréter l'augmentation de la consommation de cannabis à ces deux périodes clés pour chacune des professions comme étant une réaction d'adaptation au stress. En effet, les vertus supposées anxiolytiques du cannabis vont venir répondre à ces accès de stress face aux responsabilités naissantes.

Ces notions de surconsommations de produits psychotropes dont le cannabis sont assez connues dans les professions médicales même si les publications ne sont pas légion en France. Nous en citerons cependant quelques unes

P. LAURE et C. BINSINGER²⁴⁷ dans un travail dont l'objectif était de contribuer à décrire les produits consommés par les médecins généralistes pour lutter contre la fatigue ou le stress. Ils ont menés une enquête téléphonique auprès de 402 généralistes en France (méthode des quotas). Au cours des 12 derniers mois, les 202 répondants (49 femmes et 153 hommes, âgés en moyenne de $45,6 \pm 5,6$ ans) ont été 19 % à dire avoir pris des produits pour lutter contre le stress (11 % des benzodiazépines), 24 % des produits contre la fatigue, 33 % à fumer du tabac et 20 % à avoir expérimenté le cannabis. Enfin, 44 % ont pris des produits pour tenir le coup au cours de leurs études, surtout ceux qui prennent actuellement des produits contre le stress. Les auteurs posent deux questions en conclusion : l'impact de ces usages sur les ordonnances des médecins et la prévention de leurs pratiques addictives.

On trouve aussi cela chez les médecins hospitaliers comme en témoigne l'article d'A. TRICHARD, T. DANIEL & A. SOBASZEK²⁴⁸. 199 médecins du Centre hospitalier régional universitaire de Lille (France) ont répondu à un auto-questionnaire évaluant le niveau d'épuisement professionnel et la consommation de psychotropes due au travail. La prise d'un psychotrope due au travail existe chez 26 % des praticiens, dont pour la moitié plus d'une fois par mois. La consommation journalière concerne 2 % d'entre eux. Il n'y a pas d'effet de l'âge, du sexe ou du type de spécialité sur la prise de traitement. Il existe par contre une relation significative entre la prise de traitement à cause du travail et le niveau d'épuisement émotionnel et ce, d'autant plus que son niveau est élevé.

Un autre travail²⁴⁹ enfin portant sur les sentiments éprouvés par les échographistes quand ils sont confrontés à l'annonce en direct d'un diagnostic prénatal. Trente trois pour cent d'entre eux ont recours à une surconsommation d'alcool, de tabac, de médicaments ou de drogues pour « gérer » leur stress de façon

²⁴⁷ LAURE, (P.), BINSINGER, (C.), Consommation de produits aux fins de performance par les médecins généralistes, *Thérapie*, 2003, vol. 58, n° 5, pp. 445-450

²⁴⁸ TRICHARD, (A.), DANIEL, (T.), SOBASZEK, (A.), Épuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers, *Alcoologie et addictologie*, 2005, vol. 27, n°4, pp 303-308.

²⁴⁹ OUCHCHANE,(L.), HEINRICH-FISCHER-LOKOU,(A.), GRONDIN' (M.-A.), LEJEUNE, (M.-L.), MEYER, (F.), LAURICHESSE-DELMAS, (H.), GALLOT, (D.), GLANDDIER, (Y.), GERBAUD, (L.), LEMERY, (D.), Stress and worn-out feeling in physicians practicing ultrasonography for prenatal diagnosis: A national survey in 1050 French practitioners, *Ultrasonography in Obstetrics and Gynaecology*, in press.

bien supérieur à des praticiens devant annoncer des diagnostics de façon différée après en avoir parlé en équipe par exemple. Nos internes débutants en manque d'expérience peuvent ressembler à ces praticiens de première ligne et avoir aussi recours de façon « thérapeutique » au cannabis. Nous aurions pu ajouter dans notre questionnaire sur les normes deux items sur la consommation occasionnelle ou régulière de psychotropes.

Quoiqu'il en soit, le médecin n'est pas à l'abri des consommations et il gère son stress comme il peut. Ce qui semble surtout problématique, c'est la reconnaissance par soi mais également par les autres de cette consommation.

3. Le déni

Souvent le déni est une arme utilisée pour survivre à ses propres contradictions. En effet, d'un côté nous avons des individus qui consomment, certes de façon récréative, des substances illicites et d'un autre côté, ils sont associés à des pratiques qui visent à réduire les conséquences de ces consommations. Ils se trouvent en situation de dissonance cognitive telle que proposée par L. FESTINGER²⁵⁰ qui la définit comme « *un état de tension désagréable dû à la présence simultanée de deux cognitions (idées, opinions, comportement) psychologiquement inconsistantes* ». Pour rendre acceptable le fait de fumer du cannabis alors que les fumeurs de cannabis sont montrés du doigt par la société, il faut que le fumeur diminue l'écart qui existe entre le stéréotype dépréciateur attaché à la consommation et sa propre attitude. Comme l'écrit encore P. PERETTI-WATEL (op. cit. p 185) : « *...cette rationalisation peut constituer un pré-requis à l'usage, mais peut aussi être produite dans le cours de l'expérience, justifiant a posteriori l'usage courant et a priori, l'usage futur. L'hypothèse d'un désordre chronologique semble tout particulièrement pertinente s'agissant des conduites à risque, dans la mesure où la liste des comportements catégorisés comme tels s'allonge plus rapidement que celles des conduites décrites comme illicites.* »

²⁵⁰ FESTINGER, (L.), A theory of cognitive dissonance, Stanford, Evanston, Row & Peterson, 1957.

Cette neutralisation de la dissonance permet à l'individu de ne pas se blâmer lui-même mais également d'échapper au blâme des autres. Ce déni du risque doit reposer sur une rationalité cognitive.

Une première façon de nier le risque est par exemple la confiance en soi. L'argument qui consiste à dire : « je sais ce que je fais, je suis raisonnable, je ne me fais jamais prendre » signifie peu à peu que je me distingue du groupe puisqu'il ne m'arrive rien à moi et ce sont les autres qui ont des problèmes. Quand on sait qu'un fumeur sur deux mourra des conséquences de son tabagisme dans les vingt ans qui viennent, il vaut mieux pour certains ne pas être seuls dans la pièce. Les gens qui nient le risque de cette façon peuvent largement l'agrémenter de justifications professionnelles et dans ce cas précis, médecins et infirmiers peuvent rivaliser. La rationalité du propos devient alors évidente pour l'entourage. On retrouve cela pour justifier *a posteriori* des conduites concernant le cannabis et qui induisent des difficultés pour faire de la prévention. En effet, prétendent ces « spécialistes » : « pourquoi faire de la prévention car moi, je me suis arrêté tout seul, il n'y a pas de dépendance, c'est une affaire de volonté » et à l'opposé, il y a ceux qui ont consommé mais qui « n'ont pas inhalé » tel l'ancien président B. CLINTON pour plaire à son électorat.

Une autre façon de nier le risque est de le comparer à un autre risque ; Tout le monde s'y risque si j'ose dire. Il faut comme d'habitude que cela soit rationnel pour être accepté mais les spécialistes du grand écart sont ici légion. La phrase de L. JOSPIN candidat à la présidentielle en 2002 énoncée en catastrophe quelques jours avant le 1^{er} tour et reprise par le quotidien Le MONDE « *Fumer un joint de temps en temps chez soi est moins grave que de conduire après avoir bu* » en est un exemple. On voit bien que l'on ne compare pas la même chose mais dans l'esprit des gens cela peut apparaître crédible. Une idée répandue dans la population générale est que l'on peut tout faire dire aux chiffres et aux statistiques. On peut toujours prouver que « manger des cacahuètes est plus dangereux que faire un saut à l'élastique » pourtant la majorité des gens préféreront choisir de manger des cacahuètes même si on peut prouver qu'il y a eu plus de morts par « fausse route » et asphyxie avec des cacahuètes, la prise de danger attachée au saut à l'élastique impressionnera toujours plus.

Une dernière façon de dénier le risque est la désignation d'un « bouc émissaire ». L'usager de cannabis va créer les conditions d'appartenance à un groupe (ce qui le rendra plus fort parce que plus nombreux), par exemple, les usagers raisonnables maîtrisant leur consommation de cannabis et ils vont désigner un bouc émissaire qui lui, représentera la déchéance, l'absence de maîtrise. Longtemps, ce bouc émissaire a été l'alcoolique. Son rôle n'est plus en vogue. En effet, comme nos enquêtes le confirment, la consommation de cannabis est de plus en plus associée avec les ivresses. C'est donc l'héroïnomane qui vient jouer ce rôle de bouc émissaire avec sa dépendance, sa déchéance physique due aux infections virales. L'amélioration des soins grâce aux thérapeutiques de substitution et la meilleure prise en charge des infections virales devrait amener rapidement nos consommateurs de cannabis à changer de bouc émissaire. Les usagers d'héroïne ont bénéficié dans les quinze dernières années de progrès majeurs et de la mise en place d'une vraie politique de prévention basée sur la réduction des risques²⁵¹. On a vu dans nos enquêtes que ce qui apparaissait répréhensible était la consommation quotidienne d'alcool et de cannabis, le bouc émissaire ne semble-t-il pas tout désigné à moins qu'il ne représente la crainte ultime.

Ces trois mécanismes peuvent apparaître indépendamment ou simultanément, l'important est qu'ils apparaissent crédibles pour la personne et permettent de justifier la conduite. En se les appropriant comme de nouvelles vérités, ils permettent de diminuer la dissonance cognitive.

²⁵¹ COURTY, (P.), « La prévention et la prédiction appliquées aux usagers de drogue » - V.S.T. juin 2007 – N° 94, pp .40-46.

Chapitre 3 :

L'influence de la formation initiale, les représentations socioprofessionnelles, gérer quotidiennement ses paradoxes.

On ne devient pas éducateur, infirmier, médecin ou professeur des écoles par hasard. Chacun construit ses propres représentations du métier sous l'influence de l'image que ce métier donne dans la société.

Ce n'est pas la même chose que de s'engager pour trois ans d'études (infirmiers, éducateurs) avec un accès rapide au terrain de stage que d'envisager une formation spécifique de deux ans après un concours en venant d'horizons très différents et enfin de s'engager pour un cursus de 10 ans (six ans d'études avant l'examen classant puis trois à quatre ans d'internat).

De trois à dix ans, les écarts sont énormes. Ils renvoient à la fois au choix mais également à la nécessité : besoin de gagner sa vie rapidement ou pas par exemple.

Cependant, ces formations ont en commun une formation qui va faire appel au travail de terrain à un moment donné de leur déroulement : dès la deuxième année avec la réalisation d'actes propres à leur profession pour les infirmiers, éducateurs et professeurs des écoles, beaucoup plus tard pour les étudiants en médecine, qui sont cantonnés jusqu'à l'internat à agir par délégation et ne vont prendre d'initiative thérapeutique qu'à partir de la 7^{ème} année de leur cursus mais encore sous la responsabilité d'un médecin senior.

L'autre ressemblance est que ces métiers travaillent sur la notion de changement. Passer du non-savoir scolaire à la connaissance, de la maladie à la guérison et pourquoi pas de la déviance à la norme montre l'aspect dynamique car essentiellement humain de la pratique. Mais c'est ce qui rend les choses éminemment compliquées car qui est l'infirmier qui me soigne : celui qui a fait des piqûres qui ne

font pas mal ou celui qui est ivre une fois par semaine ? On le voit, il y a un enchevêtrement de l'intime et du professionnel car si vous n'êtes pas au top dans votre vie personnelle, le retentissement sur votre vie professionnelle sera rapidement visible.

1. S'engager dans un processus de professionnalisation

La professionnalisation peut recouvrir plusieurs définitions : la première se centre autour du " processus de naissance et de structuration de groupes organisés, autonomes, et défendant leurs intérêts, notamment en contrôlant l'accès à la profession et à son exercice"²⁵² et renvoie plus à une approche anglo-saxonne. D'un autre côté, le processus de professionnalisation se fonde sur la formation et renvoie à l'insertion des individus dans un champ professionnel donné en mettant en avant les changements et l'élaboration de savoirs spécifiques²⁵³ ou la réflexivité des pratiques.

La question de cet apprentissage professionnel met en jeu à la fois un aspect cognitif (transformation/acquisition de connaissances sous l'effet de la rencontre avec des savoirs nouveaux), un aspect social dans la rencontre que l'apprenant va faire dans le cadre de cet apprentissage avec d'autres sujets et enfin un aspect culturel dans la confrontation de l'histoire du sujet précédant sa formation et cette même formation et des remaniements qui vont en résulter.

Ce triple engagement met en jeu d'une part l'interaction du sujet dans l'environnement de son processus de formation mais également toute l'histoire de vie antérieure et les représentations du sujet.

²⁵² BARBIER, (J. M.), GALATANU, (O.), Action, affects et transformation de soi, 1998, Paris, P.U.F., 287 p.

²⁵³ ALTET, (M.), Recherche et formation, 1978, n°17.

2. Des critères communs

Comme l'écrit J. BOISSONNEAULT²⁵⁴, parler de représentations c'est en fait parler d'images et de valeurs collectives. Les représentations vont au-delà des spécificités individuelles en faisant et se clore le discours collectif c'est-à-dire la somme de tous les discours personnels. S'intéresser aux représentations socioprofessionnelles est capital pour mieux comprendre l'évolution des individus à travers leurs périodes de formation car ce changement n'est pas un évident y compris pour l'individu lui-même.

S. CAMMAS²⁵⁵ a étudié dans une contribution la dynamique de la formation professionnelle chez les éducateurs spécialisés en faisant une étude sur trois lieux de formations avec des pratiques différents. Elle note : *« cette étude a clairement établi un lien entre les caractéristiques socioprofessionnelles des sujets, leur école d'appartenance et le contenu de leurs discours. Ainsi, plus l'élève aurait une connaissance pratique du secteur préalablement à la formation, plus il développerait des représentations ayant des schèmes liés à la technicité de l'action, à la recherche d'efficacité, tout en s'éloignant des réflexions idéologiques. De plus, selon le lieu de formation, ils développeraient des conceptions corrélées à une « culture d'école ». Ces deux facteurs ont donc bel et bien impact déficient sur l'élaboration de représentation socioprofessionnelle. »*

Les élèves développent au cours de leur formation des représentations socioprofessionnelles qui va les rapprocher de leurs futurs pairs. En particulier, en plus de l'effet école » et de l'influence des pratiques antérieures, il existe manifestement une corrélation entre les stages ou expériences de terrain et l'engagement dans la professionnalisation.

²⁵⁴ BOISSONNEAULT, (J.), Représentations des T.I.C. en milieu professionnel : réflexions sur le changement, in Reflets : revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire, Travail et mieux-être, automne 2003, volume 9.

²⁵⁵ CAMMAS, (S.), Dynamique de la formation professionnelle des éducateurs spécialisés : le processus de construction des représentations professionnelles du futur métier in atelier : comment les analyses de la pratique de la formation renouvellent-elles les questions de l'identité et de la culture ? En ligne sur www.inrp.fr/Acces/biennale/6biennale/Contrib/affich.php

B. FRAYSSE²⁵⁶ écrit que : « les représentations socioprofessionnelles seront définies spécifiquement à un contexte de formation professionnalisante, comme un ensemble organisé d'informations comportant des schèmes qui expriment des savoirs théoriques et d'action, constituant par là un double engagement se référant à un double idéal : professionnel et de métier. Elle se situe dans un processus dynamique d'interactions sociales qui précèdent l'action professionnelle et elles expriment les reconstructions que le sujet effectue à partir d'éléments connus au cours de la formation. »

Les représentations socioprofessionnelles se constituent dans ce double engagement : tout d'abord l'« engagement par le savoir » qui repose sur les acquisitions scolaires (la partie intellectuelle du travail ce que l'on apprend à l'école) et d'un autre côté l'« engagement par le savoir-faire » qui repose sur les conditions réelles d'exercice du métier (c'est la partie manuelle, le tour de main, l'expérience acquise ce que l'on apprend en stage).

T. ROUX-PEREZ²⁵⁷ s'intéresse à une autre de nos catégories enquêtées, les professeurs de écoles et montre, elle aussi, l'importance des acquis antérieurs dans la construction identitaire des enseignants en formation initiale. Elle montre également ce qui est intéressant dans notre analyse qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes par rapport aux attentes. Les stagiaires masculins développent un sentiment de compétence plus affirmée qui leur fait remettre en cause fréquemment le contexte institutionnel ou humain tandis que les femmes expriment plus souvent une vocation pour le métier et reconnaissent la nécessité d'avoir à construire progressivement de nombreuses compétences. Ainsi cette différence homme/ femme se retrouve-t-elle dans des prises de risque différentes par rapport au cannabis et à l'ivresse mais également par rapport au fait de se sentir bien informé sur les drogues ce qui correspond souvent au fait d'en avoir fumé et d'en consommer encore.

Enfin il est intéressant de noter dans le questionnaire l'image majoritaire pour désigner l'enseignant idéal à savoir qu'il est une personne qui « réfléchit sur ses

²⁵⁶ FRAYSSE, (B.), Étude franco-canadienne des représentations de leur futur métier chez les élèves ingénieurs en ligne sur www.inrp.fr/Acces/Biennale/5biennale/Contrib/Long/L156.htm

²⁵⁷ ROUX-PEREZ, (T.), Construction identitaire des enseignants en formation initiale : entre représentations partagées et éléments de différenciation dans le rapport au métier, huitième biennale de l'éducation et de la formation en ligne sur www.inrp.fr

pratiques et analyse leurs effets » et « construit des contenus adaptés à la diversité des élèves » ce que nous retrouverons dans le chapitre suivant.

M. JOUET LE PORS²⁵⁸ montre que chez les infirmières en formation, les représentations sociales changent par l'acquisition d'un langage de plus en plus professionnel. L'avancée dans les études se traduit en fin de formation par une plus grande responsabilisation permettant un accès à l'autonomie. Elle note également que s'il existe des éléments au niveau périphérique en contradiction par rapport au noyau central, « *cette contradiction sera gérée dans la périphérie grâce à l'apparition de « schèmes étranges » qui vont permettre une non-remise en cause du noyau et donc une absence de changement dans les pratiques professionnelles.* »

Ceci apparaissant d'autant plus vrai que les éléments vécus comme périphériques auront une existence transitoire.

Dans sa conclusion, elle note qu'il « ne peut y avoir de formation sans éducation, éduquer c'est développer chez l'apprenant des facultés afin de répondre un objectif déterminé ». Enfin, elle insiste sur la nécessité de mettre en place pendant la formation des dispositifs de communication « afin que les représentations et la conception du soin chez les étudiants soit parlées, questionnées. Cette communication, ces échanges formalisés facilités, entre les étudiants, les soignants et les formateurs permettront chez le futur professionnel réflexion et évolution nécessaires à la construction de l'identité et à la mise en œuvre d'un processus de professionnalisation. »

M. BATAILLE et C. MIAS²⁵⁹ s'attachent dans cette contribution à la représentation du groupe idéal qui reposerait dans son noyau central sur les notions de fraternité et d'égalité. Un autre élément de la représentation de ce groupe de l'idéal est la notion de « partager les mêmes opinions ». Cet élément est périphérique puisqu'il résiste à la mise en cause car un groupe reste idéal même si ses membres ne

²⁵⁸ JOUET LE PORS, (M.), L'évolution des représentations sociales des étudiants infirmiers sur la profession infirmière au cours de la formation, mémoire pour le diplôme des hautes études en pratique sociale, collège coopératif en Bretagne, décembre 2004, université Rennes II, 97 p.

²⁵⁹ BATAILLE, (M.), MIAS, (C.), Représentations du groupe idéal, sixième conférence internationale sur les représentations sociales, Stirling, 2002.

partagent pas les mêmes opinions. P.MOLINER²⁶⁰ qui l'a montré parle plus de « groupe d'amis idéal » que de « groupe idéal ».

M. BATAILLE et C. MIAS notent que dans l'activation différentielle des éléments centraux appliqués au groupe idéal, il faut tenir compte :

- De la finalité de la situation qui n'est pas la même dans la référence à un groupe amical ou à un groupe professionnel
- De la perception de la réversibilité qui dépend de la pérennité du groupe (groupe amical/groupe professionnel – groupe de formation)
- De la distance du groupe à l'objet suivant que cet objet est affaire de spécialistes professionnels (enjeu identitaire) ou affaire de profanes (enjeu de cohésion sociale²⁶¹)
- Du fait que l'on ne s'autorise pas à juger ses amis dans son propre groupe.

Enfin, ils affinent leurs propres définitions des deux notions que sont la distance et l'implication.

- « la « distance » est plus grande dans une représentation sociale non professionnelle : niveau de pratique moindre, connaissance de l'objet moins informé. ». Ils donnent l'exemple du médecin oncologue qui serait moins distant de l'objet « cancer » qu'un avocat.
- Ils distinguent l'« implication » de la distance. « On peut être impliqué différemment par rapport à un objet, qu'on en soit proche ou distant (cancer de mon patient, si je suis oncologue, dans professionnel de la santé, donc proche, me concerne bien différemment que mon propre cancer), ainsi c'est plus la nature de l'implication qui est à prendre en compte que sa « quantité ». Le cancer de mon patient est un objet professionnel dans lequel je suis professionnellement concerné, mon « concernement » (faisant référence à ROUQUETTE) sur mon propre cancer est tout autre. Le sens du cancer pour moi, mes repères pour le combattre, mon sentiment de contrôle de cette maladie changent si c'est du cancer de mon patient

²⁶⁰ MOLINER, (P.), Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales, Bulletin de Psychologie, 1989, XLI, 387, 759-762.

²⁶¹ MOLINER, (P.), Images et représentations sociales : de la théorie des représentations à l'étude des images sociales, 1996, Grenoble, PUG, 275 p.

qu'il s'agit ou si c'est du mien²⁶². Mon cancer, si je suis avocat, reste distant pour moi, même s'il risque de me tuer : je n'en ai pas la même pratique, ni la même connaissance que mon oncologue. Mon implication n'est pas celle d'un avocat, ni celle du médecin d'ailleurs, et celle du malade pour ce qui n'est pas un objet de représentation professionnelle. »

En conclusion, ils énoncent que : « dans un groupe amical, on discute moins que dans un groupe professionnel... et l'amitié devient centrale, est d'autant plus tant « mon groupe amical »... plus le sujet est impliqué moins il nuance. » et que leurs résultats « montrent d'une part l'intérêt de la distinction entre représentation sociale et représentation professionnelle, d'autre part l'importance de la variable implication dans la structure et la dynamique des représentations, ... »

Tous les éléments énoncés ci-dessus nous permettent de mieux comprendre nos étudiants.

3. Application à notre recherche

Les étudiants que nous avons enquêtés semblent s'inscrire dans les différentes caractéristiques que nous venons de mettre en avant d'autant plus que trois des professions concernées ont fait l'objet d'études (professeurs des écoles, éducateurs spécialisés, infirmiers).

La constante que nous retrouvons est l'importance des acquis antérieurs ce qui pourrait être assimilé à l'identité personnelle des individus. Elle semble primordiale dans l'engagement dans une profession donnée. La professionnalisation apparaît au moment où les acteurs sont confrontés à la réalité du métier : deuxième année de formation pour les infirmiers, les éducateurs spécialisés et les professeurs des écoles alors que cela intervient effectivement plus tardivement chez les étudiants en médecine.

C'est curieusement et paradoxalement à ce moment-là que la consommation de cannabis augmente dans la plupart des formations. On a déjà évoqué les effets du

²⁶² MIAS, (C.), L'implication professionnelle dans le travail social, 2000, Paris, l'Harmattan, 319 p.

stress dans le chapitre précédent mais on pourrait postuler une autre idée à savoir que la meilleure connaissance des uns et des autres permet de nouer des rapports amicaux basés sur les représentations sociales antérieures plutôt que des rapports professionnels puisque malgré des stages et la confrontation au métier, ils demeurent encore étudiants. On fume donc du cannabis avec des amis et pas avec des collègues de travail dans un cadre professionnel. Il y a donc une distance avec l'objet cannabis et une faible implication car il n'est pas encore l'objet de représentation professionnelle et socioprofessionnelle.

Par contre, l'année d'après dans les formations telles que les infirmiers et les éducateurs spécialisés, on voit apparaître à la fois un meilleur score pour les connaissances concernant les addictions et également une diminution sensible de la consommation. Ceci apparaît toutefois difficile à analyser pour les professeurs des écoles compte tenu de la brièveté relative de leur formation professionnelle. De même, il aurait été intéressant de pouvoir enquêter les étudiants en médecine après leur thèse pour observer s'il y avait à ce moment-là le même changement que nous avons constaté chez les infirmiers des éducateurs.

Il aurait été intéressant également de poser des questions sur la façon dont ils conçoivent et se représentent le traitement des usagers de cannabis qu'ils soient éducateurs, infirmiers, professeurs des écoles ou étudiants en médecine. L'évolution de leurs opinions aurait peut-être permis de confirmer le passage d'une représentation sociale antérieure sur le cannabis à une représentation socioprofessionnelle. Comment gérer le paradoxe de consommer du cannabis et faire en même temps de la prévention de sa consommation ?

On peut alors penser que pour ne pas être débordé par ce paradoxe, nos acteurs de prévention sont obligés de mettre en œuvre des dispositifs qui leur permettent de séparer l'aspect privé de leur consommation et leur comportement professionnel. On peut cependant se poser la question s'ils ont cette maturité pendant leur formation ou au début de leur activité professionnelle tant l'opinion qu'ils ont sur les professionnels accomplis paraît ressembler plus à une projection de leurs désirs qu'à une réalité souhaitable.

Ce clivage ne peut s'imaginer que parce qu'ils ont cloisonné différentes parties de leur identité. On peut alors imaginer qu'ils ne sont pas dans une position

réflexive vis-à-vis de leur pratique. Ils semblent être « dans ce qu'ils font au moment où ils le font » mais rarement dans la réflexion et ce, autant dans la sphère privée que dans leurs pratiques professionnelles naissantes. La confrontation aux premières difficultés professionnelles tel l'éducateur stagiaire cité dans notre avant-propos qui se voit questionné sur sa propre consommation entraîne des remises en cause qui peuvent faire avancer l'individu en formation mais elle peut aussi le rigidifier sur des positions théoriques et lui faire mettre à distance tout la dimension humaine de sa pratique.

Alors, il faut imaginer que dans cette formation et tout ce qui va toucher à l'éducation pour la santé, la dimension de réflexion sur sa pratique devient une partie incontournable.

Chapitre 4 :

L'éducation pour la santé : former des praticiens réflexifs

Les modifications sociales récentes en particulier au niveau des mœurs font que la société admet des comportements qui autrefois posaient problème. On l'a vu en particulier au niveau du sida : Comment s'imaginer par exemple il y a 30 ans de faire dans les écoles, la promotion du port du préservatif ou bien encore il y a 20 ans, concevoir la distribution de seringues propres aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Si la distribution de préservatifs ou de seringues n'est pas accompagnée de messages de prévention, on est loin de l'éducation pour la santé. On donne alors raison aux « entrepreneurs de morale » qui ne voient dans ces actions que des moyens d'accéder à la débauche.

Parce que l'éducation pour la santé est d'abord une éducation aux valeurs, il est utile de les préciser.

1. Une éducation aux valeurs

Cette éducation aux valeurs aura toujours deux composantes entre celles qui concernent la collectivité tout entière et les valeurs privées qui n'ont pas incidence directe sur la vie communautaire. La santé se situe à la fois dans ces deux champs et c'est ce qui semble poser problème.

La situation se complexifie également à différents niveaux de compréhension. Actuellement, il faut tenir compte du rôle de plus en plus prégnant de ceux que l'on dénomme experts. Utilisés les uns contre les autres, ils trouvent leur raison d'être dans ce que l'on appelle les « batailles d'experts ».

L'application des différents niveaux législatifs (France, Europe) entraîne également en apparence des difficultés alors que n'est que l'expression de la

démocratie. Ces différents niveaux de justice peuvent être utilisés dans des comportements paradoxaux puisqu'un citoyen condamné dans son pays et politiquement opposé à l'Europe pourra en contradiction avec ses idées chercher à se faire « blanchir » par la cour européenne de justice.

Enfin, il faut tenir compte de la mobilisation citoyenne, fruit encore un peu vert de l'extension de la législation. Les élus locaux ne s'y sont pas trompés et ils savent que tout projet mettant en cause la santé et l'environnement pourra se voir opposer la mobilisation des citoyens. Même si cette partie tient le plus souvent de l'irrationnel et de l'affectif, elle peut faire basculer des majorités en légitimant ses choix mêmes mauvais par l'onction du suffrage universel.

Les notions de morale publique et de morale privée se sont également déplacées et sont extrêmement mouvantes. Dans ces conditions on peut se poser la question suivante avec F.GALICHET et J.C MANDERSCHEID²⁶³ : *« quelle portée peut avoir l'idée d'une éducation aux valeurs aujourd'hui ? L'éclatement et l'entrecroisement des légitimités excluent assurément la soumission à un système de références normatives unique et uniforme. On peut parler, avec certains, de « société anomique » pour caractériser le milieu où nous vivons ; mais à condition de préciser que cette anomie ne renvoie pas une absence de normes, mais tout au contraire à la prolifération de légitimité, c'est-à-dire de normativités concurrentes. »*.

Dans ce contexte, on va pouvoir opposer d'un côté, des campagnes ciblées qui visent à obtenir des résultats à courte échéance en termes de modification de comportements rapide facilement évaluables souvent basées sur des techniques de suggestion à, d'un autre côté, des campagnes faisant appel à la réflexion consciente.

D'une part, on découpe le champ de l'éducation pour la santé en objectifs quantifiés, d'autre part, on essaie de prendre en compte la dimension globale de l'éducation pour la santé c'est-à-dire de l'éducation tout simplement.

Différents modèles peuvent alors se faire jour.

²⁶³ GALICHET, (F.), MANDERSCHEID, (J.-C.), l'éducation à la santé et la construction d'une entité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines, Revue Française de Pédagogie, numéro 114, 1996, 7-17.

- Le modèle mimétique repose sur la transmission de l'enseignant à l'élève non seulement de connaissances mais aussi d'habileté et de valeurs
- Le modèle analogique basé sur l'expérience personnelle où l'élève sera placé en situation de résoudre un problème et éprouvera directement les moyens à mettre en œuvre.

Néanmoins, il ne paraît pas évident que l'on ait envie de ressembler à son maître ni que l'école soit toujours la société en réduction.

- On en vient à penser qu'un troisième modèle appelé modèle réaliste permettrait en ouvrant l'école sur le milieu et sur les réalités de la vie de mieux appréhender les vrais problèmes. Le maître va perdre peu à peu une partie de sa toute-puissance dans la classe en devenant un médiateur entre les élèves et la réalité du monde. Il va devoir aussi faire appel à des intervenants extérieurs qui vont apporter une autre vérité que la sienne et ceci est particulièrement vrai avec l'apport de personnels médicaux dans l'éducation pour la santé.

Ce qui semble oublié dans les trois précédents modèles c'est la pédagogie. Comme le notent F. GALICHET et JC. MANDERSCHEID : *« d'où l'opinion assez répandue, que l'éducation aux valeurs n'obéirait pas aux mêmes lois ni aux mêmes contraintes que l'apprentissage des savoirs et des savoir-faire ; et que tout le potentiel de réflexion didactique accumulée autour de ces derniers ne s'appliquerait pas à elle ».*

En effet, la notion de valeur suggère l'idée d'un ensemble de normes cohérentes alors que nous avons vu qu'à l'heure actuelle il s'agit plutôt de *« légitimités contradictoires et concurrentes ».*

L'éducation pour la santé reviendrait donc à apprendre à gérer ces contradictions qui traversent les sociétés et des individus ce qui sous-entend qu'il n'y a pas d'éducation aux valeurs sans apprentissage de la gestion de la normativité.

« Le problème n'est pas d'inculquer telle valeur ou ensemble de valeurs plutôt que telle autre. Il est plutôt de permettre l'émergence d'un questionnement, d'une inquiétude qui arrache l'enfant ou l'adolescent au confort d'un plein et sur un accord avec soi-même et de l'acceptation passive de l'altérité d'autrui : « lui c'est lui, moi c'est moi ». (F. GALICHET, JC. MANDERSCHEID, p.15)

Il faut montrer que l'identité personnelle est en perpétuelle construction et qu'il existe le plus souvent un conflit entre ce qu'il est possible de faire ce que l'on a envie de faire.

Mais cela ne doit pas déboucher pour autant sur : « toutes les opinions se valent » et entraîner alors sur un consensus mou après avoir vaguement discuté.

La confrontation à l'altérité entraîne nécessairement des discussions débouchant sur des aspects passionnels ; on passe ainsi de l'acceptation passive de normes préexistantes à une dynamique par lequel « *l'être vivant modèle et façonne son propre milieu* » selon l'expression de G. CANGUILHEM²⁶⁴.

Tout l'enjeu du travail à mener par les acteurs de l'éducation pour la santé est de favoriser cet apprentissage, cette auto-éducation. Or, le préalable à cette tâche est d'avoir été soi-même éduqué.

«... le rôle de l'enseignant dans cette optique n'est ni de s'ériger en modèle, ni de se cantonner dans la neutralité d'un animateur qui se contenterait de faciliter la réflexion et la production des élèves... ils doit en même temps être le metteur en scène qui organise et dramatise le conflit en veillant à ce qu'il ne dérape jamais ni dans la violence physique, ni dans l'exhibitionnisme ou le voyeurisme auxquels les thèmes de l'éducation à la santé (sida, toxicomanies, etc.) se prêtent particulièrement.» (F. GALICHET, JC. MANDERSCHIED, p.16)

Le rôle de l'enseignant dans ce cas précis mais on devrait l'extrapoler à tous ceux qui font de l'éducation pour la santé est un rôle qui en recouvre plusieurs : s'impliquer et se distancier, être acteur au milieu des autres et organisateur.

Pour nous, il s'agit d'une véritable mise en danger qui paraît bien anodine par rapport à la consommation de produits mais qui correspond à un réel engagement de l'acteur vers les autres en acceptant cette remise en cause alors que toutes les professions enquêtées renvoient à un prestige ou à une légitimité sociale qui n'aurait pas besoin de cela pour exister.

²⁶⁴ CANGUILHEM, (G.), *Le normal et le pathologique*, Paris, P. U. F., 10^{ème} éd., 2005, 224 p.

2. Des praticiens réflexifs

On l'a vu déjà, seulement informer des dangers, jouer sur la peur, mettre en œuvre des actions ponctuelles et médiatiques sont des façons de faire encore fréquentes mais qui ne correspondent pas à nos valeurs. Certes, ces actions sont vite montées mais elles sont vite oubliées. Elles sont dans l'éphémère et tendant à positionner l'élève ou le grand public dans la position du consommateur de la prévention. L'évaluation qui en découle est facilement quantifiable et ravit les financeurs mais souvent tout cela débouche sur le schéma suivant : Vite montée, vite évaluée et surtout vite oubliée mais demeure le sentiment que l'on a fait quelque chose plutôt que rien ce qui renvoie à cette ineffable peur du vide de faire. L'action, l'agitation pour prouver que l'on existe. Où est le temps de la réflexion ?

Pourtant l'école doit avoir un tout autre rôle comme le souligne le préambule de la circulaire ministérielle²⁶⁵ de décembre 2003.

« L'école a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par-là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. Aussi, la promotion de la santé en faveur des élèves est-t-elle indissociable de la politique éducative globale. »

La promotion de la santé devient un processus continu où l'école a naturellement sa place. Ce « paradigme humaniste » tel que le décrit J. FORTIN²⁶⁶ repose sur le développement de la personne et de ses potentialités où le maître joue un rôle de médiateur comme nous l'avons vu ci-dessus.

²⁶⁵ Ministère de l'éducation nationale, encart spécial dans le bulletin officiel n° 46 du 11 décembre 2003, La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation, Circulaire n° 2003-210 du 1-12-2003

²⁶⁶ FORTIN, (J.) in LARUE, (R.), (Dir.), Ecole et Santé : le pari de l'éducation, Paris, éd. Hachette, 2000.

Il faut à la fois favoriser le développement de la personne et articuler les questions de santé avec les questions de société.

Comme l'écrit D. JOURDAN²⁶⁷ « ... dans la formation des acteurs opérant dans le champ de l'éducation à la santé. C'est l'élucidation des cadres théoriques instaurant la légitimité de nos pratiques qui fonde notre expertise. Parce que l'évolution même des populations, des connaissances scientifiques qui fondent les contenus d'ES comme des dispositifs pédagogiques n'autorise pas une approche didactique univoque, la formation des acteurs de l'ES ne peut que se poser comme celle de praticiens réflexifs développant une culture commune. »

Cela oblige à une pratique réflexive fondée sur l'analyse de son expérience d'enseignement « *passée, présente, future et conditionnelle* »²⁶⁸ comme l'écrit H. HENSLER. Celle-ci doit être accompagnée d'une démarche de structuration et transformation de ses perceptions et de ses savoirs. P. PERRENOUD²⁶⁹ rajoute qu'il ne s'agit pas que « *d'une réflexion niveau de l'action mais d'une réflexion sur l'action dans une visée « méthodique, régulière, instrumentée, sereine et porteuse d'effet* » acquise dans un processus continu et délibéré. »

Ainsi le retour réflexif contribue-t-il à la construction l'identité professionnelle mais il apporte également un enrichissement personnel au sujet.

Comme le souligne D. BERGER²⁷⁰ :

« Si le premier niveau de réflexion sur la pratique permet d'en poser la singularité, l'approche réflexive est l'outil qui en autorise le transfert dans le sens d'une possibilité de répliation et d'un partage avec d'autres. La réflexivité consiste alors à extraire d'actes professionnels et d'expériences pédagogiques les invariants structuraux en même temps que les particularités du contexte pour les formaliser. Cette formalisation participe à la construction des savoirs professionnels caractéristiques d'une profession. Certes, il s'agit

²⁶⁷ JOURDAN, (D.), Quels enjeux pour la formation des acteurs de l'éducation de la santé en milieu scolaire ? In La formation des acteurs d'éducation à la santé, dir. JOURDAN, (D.), Presse Universitaire du Sud, 2004, 401p.

²⁶⁸ HENSLER, (H.), La pratique réflexive, pour un cadre de référence partagé par les acteurs de la formation, Recherche et formation n° 36, 2001, INRP, Paris.

²⁶⁹ PERRENOUD, (P.), de la réflexion dans le feu de l'action à une pratique réflexive, Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation.

²⁷⁰ BERGER, (D.), Conclusion : Quelle(s) formation(s) pour les acteurs en éducation à la santé ? In La formation des acteurs d'éducation à la santé, dir. JOURDAN, (D.), Presse Universitaire du Sud, 2004, 401p.

d'établir des références mais compte-tenu de l'extrême variabilité de l'humain, gardons-nous de tendre vers une doxa amenant à une standardisation des pratiques, à un référentiel de compétences clos dont le seul intérêt est le plus souvent de forclure la réalité. Conservons à la réflexivité son statut d'outil au service de la professionnalisation continue et évolutive des acteurs d'éducation à la santé. Elle autorisera alors une amélioration de l'action fondée sur une analyse de la pratique et la confrontation à d'autres possibles. De ce fait, elle permet de se constituer en outil de remise en question a posteriori des dispositifs pédagogiques et didactiques en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, des objectifs à atteindre, des stratégies mises en œuvre et des publics auxquels on s'adresse. »

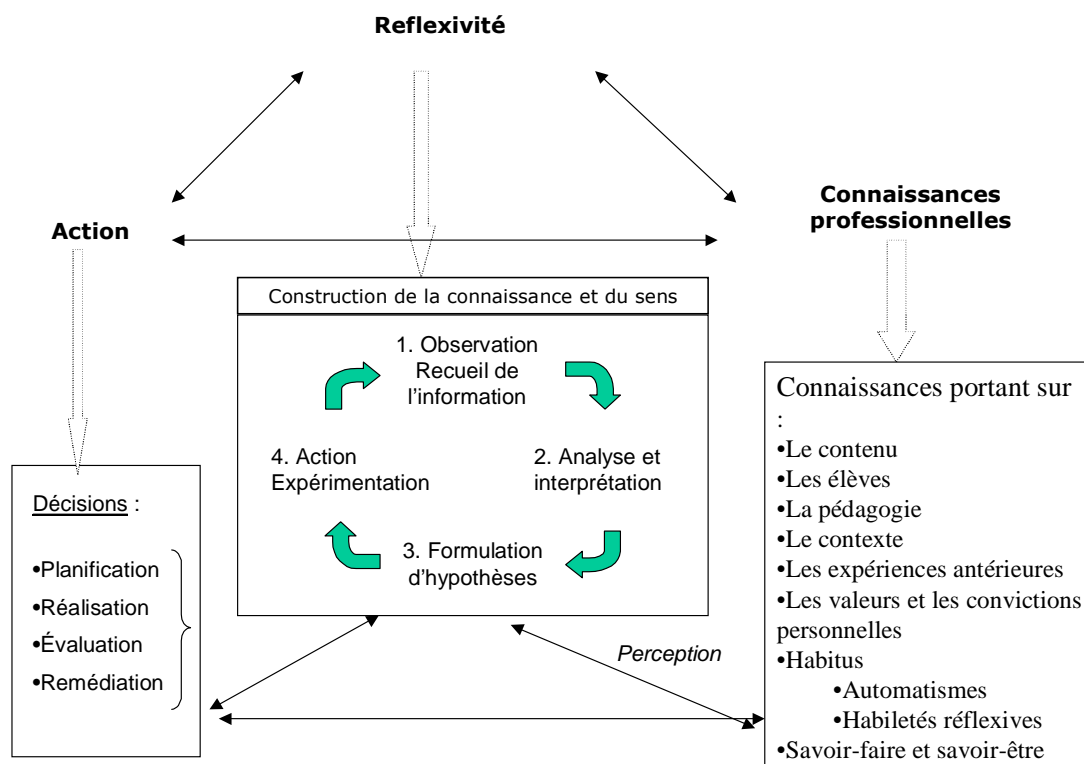
La réflexion sur la pratique doit s'appuyer sur trois niveaux. Le premier est un plan technique (technical rationality)²⁷¹ qui oblige à choisir les bons outils. Le deuxième niveau (practical action) vise à la compréhension des actions et des expériences éducationnelles. D. SCHÖN a élaboré de nombreux concepts autour de la question de la réflexion en actes des enseignants qui fournissent des pistes pour questionner clarifier et approfondir. Le troisième niveau (critical reflexion) renvoie à l'attitude critique que peut avoir l'éducateur à la santé envers son environnement. Il décrit la pensée réflexive comme un processus continu, un retour de la pensée sur elle-même visant à faire émerger « la sagesse » de la pratique. D'abord la prise de conscience des déterminants et des éléments fondateurs de pratique amorce la réflexion sur l'action et conduit l'acteur d'éducation à la santé à prendre une posture métacognitive, à prendre une distance vis-à-vis sa pratique quotidienne et à s'interroger sur le contenu et les raisons qui justifient ces décisions, ses a priori pédagogiques et didactiques.

Le schéma suivant peut représenter la réflexivité en éducation pour la santé telle que l'a initialement proposé J-F. MORIN²⁷².

²⁷¹ SCHÖN, (D.), *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, les éditions logiques, 1994.

²⁷² MORIN (J.F.) *La pratique réflexive en enseignement : un survol de quelques approches théoriques*, FARC-NTIC, Université de Sherbrooke, conférence du 15 mars 2002, Canada.

Figure 18 La réflexivité en éducation pour la santé



D. BERGER insiste sur la nécessité de s'appuyer en formation initiale sur un sentiment d'auto efficacité et une estime de soi suffisante. En effet la modification des comportements en éducation pour la santé ne peut se faire sans avoir la conscience claire de ses capacités à le faire à une estime de soi suffisante.

L'approche réflexive connaît cependant des limites, stressée qu'elle peut être entre expertise et incertitude.

D'un côté, l'accumulation de tous les savoirs propres à chaque discipline mais également ce qui relève des concepts autorisant les savoirs en sciences de l'éducation mais également tout ce qui constitue le savoir d'expérience et le savoir d'action pédagogique²⁷³, tout ceci constituant l'identité professionnelle des acteurs : « celle-ci est largement le fruit de leurs pratiques et expériences ; le saisir ces pratiques

²⁷³ PERRENOUD, (P.), Du travail sur les pratiques au travail sur l'habitus, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.

*expériences dont constitue la voie d'une meilleure saisie de leur propre identité et par là même d'une meilleure maîtrise au processus de développement*²⁷⁴. »

De l'autre côté, paradigme de la certitude repose sur le savoir professionnel qui se construit dans l'action et considère que le savoir théorique ne peut rendre compte de toutes les situations.

Trop souvent, l'acteur de l'éducation à la santé en particulier en milieu scolaire est placé dans le paradigme de l'expertise ce qui rend difficile la reconnaissance de la possibilité d'aléas du réel. La professionnalisation des acteurs repose essentiellement sur des savoirs théoriques alors il serait important de s'interroger sur la possibilité de transmettre les savoir-faire. Il conviendrait alors en permettant aux acteurs de l'éducation pour la santé de réfléchir sur leurs pratiques pendant leur formation mais également après afin d'élaborer une meilleure connaissance de ces savoirs professionnels.

Cela semble commencer à fonctionner quelque peu dans l'école et il est nécessaire de généraliser ces dimensions autour de l'éducation pour la santé dans les autres métiers qui s'y rattachent.

Pour les infirmiers, M. JOUET LE PORS a bien montré dans son mémoire que l'identité professionnelle était passée par la reconnaissance d'un rôle propre qui permettrait peu à peu d'excéder à l'autonomie de cette pratique.

Les élèves éducateurs ont dans certaines écoles des groupes d'analyses de pratiques au moment des regroupements qui interviennent pendant les périodes de stage.

Enfin, les médecins en formation semblent peu réfléchir sur leurs pratiques en tout cas de façon non systématiquement institutionnalisée et les groupes BALINT qui ont connu certains succès dans les années 70 semblent alors s'essouffler.

Classiquement, dans ces professions, on acquiert un savoir théorique, on l'éprouve plus ou moins en stage et puis le temps doit faire le reste. Cependant, on voit comme la mise en place de l'apprentissage de cette réflexivité peut poser des problèmes car elle remet en cause les équilibres que certains ont cru trouver.

²⁷⁴ BARBIER, (J.-M.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF, 1996, 305 p.

Quelle légitimité a le formateur pour analyser les pratiques alors qu'il n'a pas mis les pieds dans une institution ou dans un lieu de soin depuis des années ?

A quoi servent les réunions de régulation d'équipe quand l'autorité du responsable n'est pas remise en cause par un intervenant extérieur ?

On le voit, c'est une mobilisation collective dont nous avons besoin dans ce domaine. C'est donc malgré tout encore l'école qui semble faire le mieux dans la formation des acteurs d'éducation pour la santé même si le professeur est rarement cité comme personne ressource pour les problèmes d'addiction à l'heure actuelle.

P.PERRENOUD décrit bien le cheminement quasi idéal²⁷⁵ dans la séquence suivante :

- Former des étudiants stagiaires
- Pour devenir enseignants
- D'abord comme débutants qui ne soient ni trop maladroits ni trop malheureux
- Ensuite comme praticiens réflexifs en mouvement sur le chemin de l'expertise.

On prend alors en compte le chemin qui reste à parcourir pour prendre en compte une dimension qui touche aux valeurs les plus essentielles, celles de la vie et du vivre ensemble.

²⁷⁵ PERRENOUD, (P.), Former les enseignants débutants qui deviendront des praticiens réflexifs, Forum Pédagogies, Bruxelles, janvier 1996,10 – 12.

Conclusion générale

Dans un monde aux valeurs ambiguës, le cannabis tient lui-même une place ambiguë. Sa consommation peut être assimilée à une addiction quand l'addiction tient elle-même un rôle ambigu.

Les valeurs de notre monde ont profondément évolué et ce qui était réprouvé hier ne l'est plus aujourd'hui. Il semble que le monde n'a plus qu'une seule vérité mais de multiples vérités qui coexistent. Ainsi la consommation de psychotropes peut-elle être à la fois une aide à la performance ou bien une tentative pour échapper à l'horreur quotidienne. Dans les deux cas, il est important de valoriser la performance publique et de taire la consommation privée. Il est encore plus important de ne pas se faire prendre lorsque l'on a accompli une performance extrêmement médiatisée car on est dans ce cas-là voué aux gémonies. Le quart d'heure de célébrité médiatique promis par Warhol joue dans les deux sens. Dans les deux cas, le discernement nécessaire semble faire cruellement défaut.

Il en est de même pour la consommation de cannabis. Pendant longtemps, cette dernière a été assimilée à un usage fait pour les hippies, les beatniks dans un contexte contestataire. Les hippies et les beatniks d'il y a 30 ans se sont recyclés et leurs drogues tournent plutôt vers la cocaïne pour se stimuler et les médicaments pour se calmer. Leurs enfants par contre, dans une identification bien involontaire à leurs parents, se sont mis à consommer du cannabis en dehors de toute revendication. Les années 1990 ont vu l'expérimentation de cannabis pratiquement doubler. Cette augmentation a entraîné à n'en pas douter la banalisation de cette consommation. Néanmoins, si ce produit demeure associé à la fête et la convivialité chez les plus jeunes, il n'en va pas de même chez les usagers qui n'ont jamais expérimenté et qui considère le cannabis comme une drogue comme les autres. Il n'est pas étonnant dans ce contexte que le nouveau visage des entrepreneurs de morale apparaisse sous la forme de campagne de prévention « le cannabis est une réalité » qui joue à la fois sur la protection de la société et sur la nécessaire prévention envers les plus jeunes. Dans ce cas-là il ne s'agit plus d'ambiguïté mais d'ambivalence institutionnalisée.

Puisque les plus jeunes consomment, il n'y avait pas de raison de ne pas s'intéresser aux attitudes des étudiants que nous fréquentons le plus dans un contexte d'enseignement de la prévention des addictions à savoir les infirmiers et les éducateurs spécialisés ainsi que les étudiants en médecine et à un niveau plus lointain les professeurs des écoles en formation. L'opportunité d'avoir fréquenté ces différentes catégories de futurs professionnels à la fois dans un contexte d'apprentissage des savoirs théoriques mais également sur des lieux de stage et en dehors nous a convaincu de nous intéresser à des pratiques qui semblaient contradictoires. Une étude préliminaire nous avait amené à confirmer cet a priori en montrant la sur-expérimentation et la surconsommation notamment chez les garçons. Nous avons mis alors en évidence des facteurs qui semblaient liés à la protection de ces conduites. Mais cette première photo était statique et nous avons eu l'ambition de rechercher s'il y avait une évolution au fil d'un temps singulier qui s'appelle la période de formation.

Le paradoxe était relativement simple : comment est-il possible que des gens qui sont censés faire de la prévention puissent consommer plus que la population générale du même âge ? En quoi leurs représentations sociales jouent-elles sur cette consommation ? Y a-t-il des facteurs qui influencent cette consommation et y a-t-il un changement au fil du temps ?

Les hypothèses que nous avons formulées sur les facteurs favorisants et protecteurs et sur l'évolution au fil des ans se sont vérifiées. Comme facteurs associés à la consommation et à l'expérimentation nous avons retrouvé le fait d'être un garçon, ne pas avoir d'enfants, de ne pas avoir de religion ou d'avoir une religion autre que catholique. Comme facteurs réputés protecteurs, nous avons eu pratiquement les facteurs inverses à savoir être une femme, plus âgée, avoir des enfants et surtout avoir peur d'expérimenter ne serait-ce qu'une seule fois le cannabis. Cette peur se retrouve car les gens qui ne consomment pas sont des personnes qui le plus souvent n'ont jamais bu et n'ont jamais consommé de tabac.

Il existe donc des facteurs sociodémographiques mais également comportementaux qui influencent l'expérimentation et la consommation de cannabis. Ces facteurs sont constitutifs de l'identité personnelle et témoignent des représentations sociales de l'individu.

L'étape suivante était de voir si la formation induisait des modifications de comportement mais également de leurs représentations sociales.

On a montré que l'expérimentation et la consommation de cannabis augmentaient pendant les études avec un pic au début de la deuxième année notamment chez les élèves infirmiers et chez les éducateurs spécialisés alors que cette consommation augmentait chez les étudiants médecines quand ils étaient internes. Nous avons proposé plusieurs explications à cette occurrence. Tout d'abord, le fait que les gens avaient appris à se connaître et qu'ils étaient devenus amis ce qui favorisait l'expérimentation et la consommation. On assimile à ce moment-là l'usage de cannabis à une pratique récréative. La deuxième explication était que cette consommation arrivait au moment où les étudiants prenaient contact avec la réalité de leur métier et que cet esprit de corps pouvait renvoyer à une culture commune. La troisième explication presque inverse de la précédente renvoie à la gestion du stress dû à cette confrontation à l'expérience professionnelle. Dans ce cadre-là, le cannabis est utilisé comme un des médicaments permettant de diminuer la tension.

Pour mieux valider notre hypothèse d'influence de la formation et de la professionnalisation naissante, nous avons montré que la consommation baissait l'année d'après la formation et qu'elle était associée à une meilleure connaissance théorique concernant les addictions. On pourrait alors se satisfaire de cette diminution de l'usage mais on ne peut pas ne pas imaginer que les futurs acteurs de prévention vont utiliser leur expérience personnelle pour intervenir en direction du public pour effectuer leur mission.

On se trouve là encore face à un paradoxe à savoir qu'il semble difficile de faire de la prévention efficace en direction des plus jeunes en dénonçant simplement la phrase suivante : « oui, pour ma part, j'ai consommé mais j'ai été capable de m'arrêter » sans donner plus d'explications. Car c'est bien ce qui apparaît le plus difficile quand on veut convaincre de faire de la prévention de la consommation de cannabis, c'est que l'exemple personnel ne suffit pas pour expliquer l'universel. L'acquisition de connaissances théoriques dans ce domaine peut même avoir un effet contre-productif et justifier a posteriori la consommation en montrant à quel point la force de la volonté avait permis à l'usager occasionnel d'interrompre sa

consommation. C'est contre ce clivage qu'il faut lutter à travers la mise en œuvre de formation à l'éducation pour la santé.

Dans toutes les professions concernées, il existe une part importante dévolue à la transmission. Cela paraît évident pour les professeurs des écoles mais ça l'est également dans tout ce qui va toucher à la prévention et à l'éducation thérapeutique pour les autres professions. Chacun a quelque chose à transmettre mais il faut être également convaincu de la nécessité d'apprendre à transmettre.

Comme il était dit dans le serment d'Hippocrate : *« Je rendrai à leurs enfants le savoir reçu de mes maîtres »*. Cette phrase a aujourd'hui disparu de la version révisée par le Conseil de l'Ordre des Médecins en 1996 alors que la transmission était une valeur cardinale dans le texte d'Hippocrate²⁷⁶ : *« Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir, et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. »* On peut cependant noter que le premier engagement de la nouvelle version fait la part belle à la prévention en affirmant : *« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux »*.

Mais là encore comment promouvoir la santé si la transmission du savoir n'est pas valorisée. Peut-être est-ce la dimension affective qui fait peur alors que comme le signale Ph. MEIRIEU²⁷⁷ : *« Dans l'apprentissage, il est impossible de séparer le cognitif et l'affectif : apprendre suppose un travail sur l'image de soi et toute acquisition de connaissances engage nécessairement un réaménagement de la personne. On peut faire le choix méthodologique travailler sur la médiation cognitive – c'est même particulièrement conseillé quand on est enseignant -, on ne peut pas abolir par décret ce qu'on ne prend pas en compte par méthode »* car il souligne aussi qu'il est impossible de séparer l'individuel du social et qu'il est nécessaire d'associer deux démarches pour leur « pouvoir émancipateur » ; la

²⁷⁶ Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle d'Émile LITTRÉ avec le texte grec en regard - J.B. BAILLÈRE - Paris 1844)

²⁷⁷ MEIRIEU, (P.), Bloc-notes du 6 mai 2006 sur www.meirieu.com

démarche documentaire (les savoirs théoriques de l'école) et la démarche expérimentale (les stages, le travail quotidien).

Dans ce contexte, il convient de tenir compte des interactions entre les connaissances, les valeurs et les pratiques telles qu'elles ont été théorisées dans le modèle KVP par P. CLÉMENT²⁷⁸. Pour transmettre en Éducation pour la santé, il convient effectivement de tenir compte du savoir scientifique de plus en plus abondant (K) et issu comme nous l'avons vu de plusieurs disciplines mais on ne peut faire l'impasse à l'heure actuelle sur les valeurs (V) dans leur sens le plus large qui comprennent les croyances, les opinions et les idéologies.

L'importance des pratiques sociales (P) mise en avant par J.L. MARTINAND²⁷⁹ doit comprendre de même les pratiques professionnelles des chercheurs, des professeurs et des étudiants pour analyser les conceptions de chacun d'entre eux. On doit également tenir compte des pratiques professionnelles futures des étudiants quand ils sont impliqués dans la formation initiale sans oublier bien entendu les conceptions actuelles et futures des pratiques citoyennes. Tout cela pour éviter de mettre en œuvre des pratiques qui reposeraient sur des savoirs erronés et des valeurs personnelles qui découleraient de ces savoirs.

La prise en compte permanente de ces interactions correspond à la nécessité d'avoir une attitude réflexive en tant qu'elle fait appel à l'intimité de chacun.

Car même s'il s'agit de santé publique et d'éducation pour la santé, c'est-à-dire d'une œuvre sociale à vocation universelle, elle n'est et demeure que la somme des individualités dans la fragilité et la force de leur intimité : fragilité car c'est la part la plus personnelle qui est éprouvée et force parce que si l'authenticité ne fait pas tout, elle est indispensable dans cette démarche.

L'éducation nationale semble avoir montré le chemin en tout cas dans les textes réglementaires et chacun dira que c'est son rôle. Les infirmiers et les

²⁷⁸ CLÉMENT, (P.), Didactic transposition and the KVP model: conceptions as interactions between scientific knowledge, values and social practices, Proceedings of ESERA, Summer School 2006, IEC, Braga (Portugal), p.9-18

²⁷⁹ MARTINAND, (J.-L.), Pratiques de référence et problématique de la référence curriculaire. In TERRISSE, (A.) (Éd.). Didactique des disciplines, les références au savoir, Bruxelles, De Boeck, 2000.

éducateurs spécialisés se cherchent dans les groupes d'analyse des pratiques. À n'en pas douter, les prises de parole, l'affirmation et la reconnaissance de leur rôle propre devraient leur permettre progressivement de tenir leur place.

Que dire enfin des médecins et de leur formation ? Alors qu'elle est la plus longue, cette formation ne comprend presque rien sur la promotion de la santé alors que le serment d'Hippocrate révisé par le Conseil de l'Ordre réputé conservateur a introduit cette notion.

Nous formulons le souhait que, pour eux comme pour tous les autres, la confrontation quotidienne avec le patient ou l'élève citoyen plus qu'avec le patient ou l'élève consommateur modifiera, grâce à cette subtile alchimie qu'est la rencontre entre deux intimités, leur attitude initiale en montrant que l'amélioration de chacun est toujours non seulement souhaitable mais possible.

Bibliographie

1. ABRIC, (J.C.), « L'approche structurale des représentations sociales : développements récents », *Psychologie et Société*, 4, 81-103, 2001.
2. ABRIC, (J.-C.), *Pratiques sociales et représentations*, sous la direction de J-C ABRIC, 1994, 2ème édition 1997, PUF, Paris.
3. ABRIC, (J.-C.), TAFANI, (E.), *Nature et fonctionnement du système central d'une représentation sociale : la représentation de l'entreprise*, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1995, 28, 28-31.
4. AJZEN, (I.), *From intention to actions: a theory of planned behaviour*, in *Action Control: From Cognition to behaviour*, Eds J. KHUL and J. BECLMAN, New Jersey: Prentice-Hall, 1985.
5. ALTET, (M.), *Recherche et formation*, 1978, n°17.
6. ANDREASSON, (S.), ALLEBECK, (P.), ENGSTROM, (A.), RYDBERG, (U.) , *Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts*, *Lancet*, 1987, 2 : 1483-1486
7. *American Psychiatric Association - DSM-IV-TR., Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4ème édition, texte révisé. 2000, Washington DC. Traduction française par JD Guelfi et al., 2003, Masson, Paris, 1120 p.
8. APOSTOLIDIS, (T.), EISENLOHR, (S.), « Le rapport aux drogues chez des jeunes en situations de précarité à Marseille : enjeux pour la prévention. », *Faire savoirs*, 1, 51-60, 2002.
9. AQUATIAS, (S.), MAILLARD, (I.), ZORMAN, (M.), *Faut-il avoir peur du haschich ? Entre diabolisation et banalisation, les vrais dangers pour les jeunes*, 1999, Editions SYROS, Toulouse, 226 p.
10. AQUATIAS, (S.), *Cannabis : du produit aux usages. Fumeurs de cannabis dans les cités de la banlieue parisienne*, *Sociétés contemporaines*, 1999, 36, 53-66.
11. ARIES, (P.), *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le 18e siècle*, 2001, Points,Seuil, Paris, 414 p.
12. ARSENEAULT, (L.), CANNON, (M.), POULTON, (R.), MURRAY, (R.), CASPI, (A.), MOFFIT, (T.E.) *Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study*, *BMJ*, 2002, 325 : 1212-1213
13. AUTIÉ, (D.) *Le bec dans l'eau* 1997, éd. Phébus, Paris, 154 p.

14. BARBIER, (J.-M.), L'analyse des pratiques : questions conceptuelles In BLANCHARD-LAVILLE, (Cl.) et FABLET, (D.) (Eds), L'analyse des pratiques professionnelles, 1996, Paris, L'Harmattan, pp. 27-49.
15. BARBIER, (J.-M.), Savoirs théoriques et savoirs d'action, 1996, PUF, Paris, 305 p.
16. BAIGENT, (M.), HOLME, (G.), HAFNER, (R.J.), Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29, 69-74, 1995.
17. BARBIER, (J. M.), GALATANU, (O.), Action, affects et transformation de soi, 1998, Paris, P.U.F., 287 p.
18. BATAILLE, (M.), MIAS, (C.), Représentations du groupe idéal, sixième conférence internationale sur les représentations sociales, Stirling, 2002.
19. BATAILLE, (M.), BLIN, (J.F.), MIAS, (C.), PIASER, (A.), Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles in L'Année de la recherche en Sciences de l'éducation, 1997, Paris, P.U.F.
20. BATAILLE, (M.), (1999), Représentation, Implication, Implication, Des représentations sociales aux représentations professionnelles, in GARNIER (C.), ROUQUETTE, (M.L.), (Eds), Les Représentations en éducation et formation, 1999, Montréal : Editions Nouvelles.
21. BEAUTRAIS, (A.L.), JOYCE, (P.R.), MULDER, (R.T.), Cannabis abuse and serious suicide attempts, Addiction (1999), 94, 1155-1164.
22. BECK, (A.), WRIGHT, (F.), NEWMAN, (C.), Cognitive Therapy of Substance Abuse; 1993, Guilford Press, New York.
23. BECK, (F.), PERETTI-WATEL, (P.), EROPP 1999 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes, 2000, OFDT, Paris, 204 p.
24. BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), PERETTI-WATEL, (P.) – Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques- Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002, OFDT, Paris,, 228p.
25. BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), PERETTI-WATEL, (P.), Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. EROPP 2002, 2003, OFDT, Paris, 227 p.
26. BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), SPILKA, (S.), Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003, Saint-Denis, 2004, OFDT, 251 p.
27. BECK, (F.), et al. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », Tendances, n°48, 2006, p. 1-6.

28. BECK, (F.), LEGLEYE, (S.), SPILKA, (S.), Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque, Tendances, n°49, 2006, p. 1-4.
29. BECK, (F.), et al, Les drogues à 17 ans, rapport ESCAPAD 2005, Saint-Denis, OFDT, 2007 (à paraître).
30. BECKER, (H., S.), Outsiders, Études de sociologie de la déviance, 2005, (1ère édition, 1963), Éditions Métallié, Paris, 252 p.
31. BECKER, (H., S.) in AMOUROUS, (C.), BLANC, (A.), Erving GOFFMAN et les institutions totales, 2002, L'Harmattan, Paris, 314 p.
32. BECKERS, (J.), Capaes, chapitre 2, notes de cours, 2006-2007, sur http://www.ifres.ulg.ac.be/capaes_appe_cours_1.pdf
33. BELLAMY, (V.), La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social : enquête réalisée en novembre 2003, Paris, DREES, 2005, 36 p.
34. BELLIARD, (E.), Les prises en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1989, SESI, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, 1991.
35. BERGER, (D.), Conclusion : Quelle(s) formation(s) pour les acteurs en éducation à la santé ? In La formation des acteurs d'éducation à la santé, dir. JOURDAN, (D.), 2004, Presse Universitaire du Sud, Toulouse, 401 p.
36. BERGER, (D.), JOURDAN, (D.), Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en Education pour la santé, La Santé de l'Homme, n°370, mars-avr. 2004.
37. BERGER, (D.), COURTY, (P.), Futurs acteurs de prévention et cannabis, Revue française de Santé Publique, 2007, Vol. 19, n° 5.
38. BERTHET, (E.) Information et éducation sanitaires, Coll. Que sais-je ? 1983, PUF, Paris.
39. BLOOM, (B.S.), Taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 1, 1961, les presses de l'UQAM, Montréal.
40. BOISSONNEAULT, (J.), Représentations des T.I.C. en milieu professionnel : réflexions sur le changement, in Reflets : revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire, Travail et mieux-être, volume 9, 2003,
41. BORAWSKI, (E.A.), IEVERS-LANDIS, (C.E.), LOVEGREEN, (L.D.), TRAPI, (E.S.), Parental monitoring, Negotiated Unsupervised Time and Parental trust: The role of Perceived Parenting Practices in Adolescent Health Risk Behaviors, Journal of adolescent health , 2003, 33: 60-70.
42. BOURDIEU, (P.), Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques, 1982, Fayard, Paris.
43. BOURDIEU, (P.), La distinction, critique sociale du jugement, 1979, Paris, Éditions de Minuit.

44. BOURG, (D.), SCHLEGEL, (J.-L.), Parer aux risques de demain, le principe de précaution, 2001, Seuil, Paris, 144 p.
45. BOVASSO, (G.B.), Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms, *Am J Psychiatry*, 2001, 158 : 2033-2037.
46. BOURDELAIS, (P.), Les épidémies terrassées, une histoire des pays riches, 2003, Ed. de La Martinière, 246 p.
47. BOURDELAIS, (P.), RAULOT, (J.-Y.) Une peur bleue : histoire du choléra en France 1832-1854, 1997, Payot, 310 p.
48. BRUNER, (J.), Le développement de l'enfant, savoir faire, savoir dire, 1998, 7ème édition, Paris, PUF, 320 p.
49. CAMMAS, (S.), Dynamique de la formation professionnelle des éducateurs spécialisés : le processus de construction des représentations professionnelles du futur métier in atelier : comment les analyses de la pratique de la formation renouvellent-elles les questions de l'identité et de la culture ? En ligne sur www.inrp.fr/Acces/biennale/6biennale/Contrib/affich.php
50. CAMPOS, (P.H.F.), ROUQUETTE, (M.-L.), La dimension affective des représentations sociales: deux recherches exploratoires. *Bulletin de psychologie*, 2000, 53(4), 435-441.
51. CANGUILHEM, (G.) Etude d'histoire et de philosophie des sciences, 1990, 7ème édition augmentée, J. VRIN, Paris, 430 p.
52. CANGUILHEM, (G.), Le normal et le pathologique, Paris, P. U. F., 10ème éd., 2005, 224 p.
53. CHABROL (H.), MASSOT (E.), MONTOVANY (A.), CHOUICHA (K.), ARMITAGE (J.), « Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance : étude de 159 adolescents consommateurs », *Archives de Pédiatrie* 2002 ; 9 (8) : 780-8.
54. CHERBONNIER, (A.), Evaluation, quand tu nous tiens !, *Education santé*, 1994, n° 93.
55. CHOLLET – PRZEDNOWED, (E.), Cannabis : le dossier, Coll. Le Monde actuel, Folio, 2003, 274 p.
56. CHOQUET, (M.), LEDOUX, (S.), MARÉCHAL, (C.), Drogues illicites et attitudes face au sida, résultats d'une enquête réalisée dans le Sud-Haute-Marne, 1999, La documentation française, Paris,.
57. CLÉMENT, (P.), Didactic transposition and the KVP model: conceptions as interactions between scientific knowledge, values and social practices. *Proceedings of ESERA Summer School 2006*, IEC, Braga (Portugal), p.9-18
58. COLLET, (R.), BERGER, (D.), Les représentations du sida chez les enfants, *Le journal du sida*, 1998, 104 : 18 – 21.
59. COSTES, (J.-M.), Cannabis, données essentielles, OFDT, 2007, Paris, 229 p. Également en ligne sur www.ofdt.fr .

60. COURTY, (P.), SIMEONE, (A.), GARDOU, (C.), GERBAUD, (L.), Opinions, perceptions and representations of cannabis amongst potential health educators in training in France, Abstracts for the Sixty-seventh annual scientific Meeting College on Problems of Drug Dependence (CPDD) – June 18-23 2005, Orlando, FL. (U.S.A.), en ligne sur www.cpdd.org .
61. COURTY, (P.), Opinions, perceptions et représentations du cannabis chez les acteurs de prévention en formation, VIIème Colloque International Toxicomanies –Hépatites- SIDA- 2005- Arles, France.
62. COURTY, (P.), « La prévention et la prédiction appliquées aux usagers de drogue » - V.S.T. juin 2007 – N° 94, pp .40-46.
63. CRAHAY, (M.) La psychologie de l'éducation, 2005, PUF, Paris, 373 p.
64. CROTHERS, (T.D.), The Drug Habits and Their Treatment. 1902., E.P. Engelhard & Co, Chicago.
65. CROWLEY, (T.J.), MACDONALD, (M.J.) WHITMORE, (E.A.)et al., Cannabis dependence, withdrawal and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders, Drug and Alcohol Dependence, 50, 27-37, 1998.
66. DANY (L.), APOSTOLIDIS (T.), « L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis/ un enjeu pour la prévention », Santé publique, 2002, volume 14, n° 4, pp 335-344.
67. DANY (L.), « L'effet « génération » dans les représentations sociales de la drogue » in Priorités Santé – n° 6 – Janv./Fév./Mars/ Avr. 2003, pp 14-15.
68. DESCHAMPS, (J.C.), GUIMELLI, (C.), El efecto de contexto en las representaciones sociales de los gitanos. La hipotesis de las "zonas mudas". Revista de Psicologia contemporanea, 2001, 7, 36-43.
69. DEVANE (WA), HANUS (L), BREUER (A), PERTWEE (RG), STEVENSON (LA) et coll. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. Science 1992, 258 : 1946-1949
70. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, Usage nocif de substances psychoactives, 2002, La documentation Française, Paris.
71. DOZON, (J.-P.), FASSIN, (D.), Critique de la santé publique. Approches anthropologiques. 2001, Paris, Balland (Voix et regards).
72. DOISE, (W.), Droits de l'homme et force des idées, 2001, P.U.F.
73. DOISE, (W.), Les représentations sociales. In GHIGLIONE, (R.), BONNET, (C.), RICHARD, (J.-F.) (Eds). Traité de psychologie cognitive, T. 3, 1990, Paris : Dunod, 111-174.
74. DRUAIS, (P.-L.), Éducation pour la santé : quel enseignement en médecine générale ? In Dossier « médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? », La Santé de l'Homme, 376, mars/avril 2005, pp 29-30 disponible en ligne sur www.inpes.sante.fr

75. DUBAR, (C.), La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 3ème édition, 2002, Armand COLIN, Paris, 255 p.
76. DUBET, (F.), La galère, jeunes en survie, 1987, Fayard, Paris, 503 p.
77. DUBY, (G.), Les trois ordres ou l'imaginaire du féodalisme. 1978, Gallimard, Paris.
78. DURKHEIM, (E.), Les formes élémentaires de la vie religieuse, 1991, Le livre de poche, Paris.
79. D'WELLES (M.-C.), Et si on parlait du haschich. Des jeunes témoignent. Urgence, ils ont des choses à nous dire, Marabout, 2002, 128 p.
80. FERGUSON (D. M.), HORWOOD (L.J.), Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort, *New Zealand Medical Journal*, 113, 56-58, 2000.
81. ERIKSON, (E. H.), Adolescence et crise : la quête de l'identité, 1993, Champs Flammarion, Paris, 348 p.
82. FAINZANG, (S.), L'éthique est-elle risquée ? *La Santé de l'homme*, n°345, 2000, pp 32-33.
83. FARR, (R.), Les représentations sociales, in *Psychologie sociale*, sous la direction de S. MOSCOVICI, Le psychologue, 1997, PUF, Paris, 385 p.
84. FÉNICHEL, (O.), La théorie psychanalytique des névroses. 1945, Presses Universitaires de France, Paris.
85. FESTINGER, (L.), A theory of cognitive dissonance, 1957, Evanston, Row & Peterson, Stanford.
86. FERNANDEZ (L.), SZTULMAN (H.), Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 155(4), 1997, 255-265 .
87. FISCHER, (G.N.), Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. 1987, Presses de l'université de Montréal. Dunod, Paris, 118 p.
88. FLAMENT, (C.), ABRIC, (J.-C.) , DOISE, (W.), L'approche expérimentale dans l'étude des représentations sociales, in: BEAUVOIS, (J. L.), JOULE, (R. V) & MONTEIL, (J. M.), 20 ans de psychologie sociale expérimentale francophone, 1998, Presses Universitaires, Grenoble.
89. FLAMENT, (C.), La représentation sociale comme système normatif, *Psychologie et Société*, 1999, 1, 29-53.
90. FLAMENT, (C.), Représentations sociales et normativité : quelques pistes in BUSCHINI (F.), KALAMPALIKIS, (N.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici*, Paris, Éditions de la maison des sciences de l'homme, 2001, pp 257-261.
91. FLAMENT, (C.), Pratiques et représentations sociales, In BEAUVOIS, (J.-L.), JOULE, (R.-V.), MONTEIL, (J.-M.), (dir.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, COUSSET: DEVAL, 1987, 143-150.

92. FONTAINE, (A.), FONTANA, (C.), VERCHERE, (C.), VISCHI, (R.), Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France, 2001, Paris, OFDT.
93. FORTIN, (J.) in LARUE, (R.), (Dir.), Ecole et Santé : le pari de l'éducation, 2000, éd. Hachette, Paris.
94. FRAYSSE, (B.), Evolution des représentations socioprofessionnelles des élèves ingénieurs : étude diachronique comparative sur trois départements de l'INSA de Toulouse, Doctorat en Sciences de l'Education, Université de Toulouse-Le Mirail, 1996.
95. FRAYSSE, (B.), Étude franco-canadienne des représentations de leur futur métier chez les élèves ingénieurs en ligne sur www.inrp.fr/Acces/Biennale/5biennale/Contrib/Long/L156.htm .
96. FREUD, (S.), Psychologie collective et analyse du moi, 1921 en ligne sur <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.frs.psy1> .
97. GAFFIÉ, (B.), Confrontations des Représentations Sociales et construction de la réalité, Journal International sur les Représentations Sociales, 2005, vol. 2 no1, 6-19.
98. GALICHET, (F.), MANDERSCHIED, (J.-C.), l'éducation à la santé et la construction d'une entité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines, Revue Française de Pédagogie, numéro 114, 1996, 7 –17
99. GIBIER, (L.), Prise en charge des usagers des drogues, éd. E. DOIN. 1999. 321 p
100. GIORDAN, (A.), Apprendre ! 1998, Ed. Belin, Paris, 254 p.
101. GIRARD, (J.-F.), Quand la santé devient publique, 1998, Hachette littérature, Paris, 258 p.
102. GOFFMAN, (E.), La mise en scène de la vie quotidienne, 1973, les éditions de Minuit, Paris, 256 p.
103. GOLDBERG, (M.) Cet objet obscur de l'épidémiologie, Sciences sociales et santé, I, 1, 1982, pp. 55–110.
104. GOODMAN, (A.), Addiction, Definition and Implications, British Journal of Addiction, 1990, 85, 1403-1408.
105. GOTTRAUX, (M.), La construction sociale du champ de la prévention, Sciences Sociales et Santé, I, 1, 1982, pp. 15-37.
106. GORMAN, (D.M.), DERZON, (J.H.), Behavioral traits and marijuana use and abuse: A meta-analysis of longitudinal studies, Addictive behaviors 27, 2002, 193-206.
107. GUIMELLI, (C.), La pensée sociale, 1999, Presses Universitaires de France, Paris.
108. HANEY, (M.), WARD, (A.S.), COMER, (S.D.) et al., Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans, Psychopharmacology (Berl.), 141, 395-404, 1999.

109. HALL, (W.) SOLOWIJ, (N.) LEMON, (J.) The Health and Social Consequences of Cannabis Use. Monograph series n° 25. Canberra: Australian Government Publishing Service.
110. HALIOUA, (B.), Histoire de la médecine, 2001, Masson, Paris 264 p.
111. HENRION, (R.), Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, 1995, La Documentation française, Paris.
112. HENSLER, (H.), La pratique réflexive, pour un cadre de référence partagé par les acteurs de la formation, Recherche et formation n° 36,2001, INRP, Paris.
113. HERZLICH, (C.), Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, 1996 (1ère éd.1969), Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris,
114. Hippocrate, Œuvres complètes, traduction nouvelle d'Émile LITTRÉ avec le texte grec en regard -1844, J.B. BAILLÈRE - Paris.
115. HOWLET (A), Cannabinoid inhibition of adenylate cyclase: relative activity of constituents and metabolites of marihuana. Neuropharmacology, 1987, 26(5), 507-512.
116. HUGUES (J.) & KOSTERLITZ (H.), Neuropeptides, Unlocking the secrets of the brain, D.I.N. Newservice | Do It Now Foundation, Jim Parker, July-August 1983, 40-63.
117. INSERM, expertise collective. Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? Données réactualisées, Dossier de presse, 6 mai 2004, www.inserm.com .
118. INPES, Synthèse des principaux enseignements du post-test de la campagne d'informations sur le cannabis menée par l'INPES, Saint-Denis, INPES, 2005 (non publiée), 24 p.
119. JACQUET, (M.M.), RIGAUD, (A), Émergence de la notion d'addiction. in LE POULICHET, (dir.) : Les addictions, 2000,PUF, Paris.
120. JODELET, (D.), Les représentations sociales, 1991, PUF, Paris.
121. JODELET, (D.), Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, op. cité, p. 69.
122. JOHNS, (A.), Psychiatric effects of cannabis, British Journal of Psychiatry, 2001, 178, 116-122.
123. JONES, (R.T.), BENOWITZ, (N.), THE 30-day trip. Clinical studies of cannabis tolerance and dependence in Pharmacology of Marijuana, Vol. 2 (Eds M. C. BRAUDE & S. SZARA), New York: Academic Press, 1976.
124. JOUET LE PORS, (M.), L'évolution des représentations sociales des étudiants infirmiers sur la profession infirmière au cours de la formation, mémoire pour le diplôme des hautes études en pratique sociale, collège coopératif en Bretagne, décembre 2004, université Rennes II, 97 p.
125. JOULE, (R.V.), BEAUVOIS, (J.L.), Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, 2002, Presses Universitaires de Grenoble,.

126. JOURDAN, (D.), Quels enjeux pour la formation des acteurs de l'éducation de la santé en milieu scolaire ? In La formation des acteurs d'éducation à la santé, dir. JOURDAN, (D.), 2004, Presse Universitaire du Sud, 401 p.
127. JOURDAN, (D.), VICTOR, (P.), La formation des enseignants du primaire à l'éducation à la santé dans les IUFM : enjeux et obstacles, Recherche et formation, 1998, 28 : 29-46.
128. JOURDAN, (D.), De PERETTI, (C.), VICTOR, (P.), MOTTA, (D.), BERGER, (D.), COGERINO, (G.), MARZIN, (P.), État des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM), In : BILLON, (J.) (dir.) L'éducation pour la santé. 2002, : Presses Universitaires du Septentrion, Lille.
129. JOURDAN, (D.), PIEC, (I.), AUBLET-CUVELIER, (B.), BERGER, (D.), LEJEUNE, (M.-L.), LAQUET-RIFFAUD, (A.), GENEIX, (C.), GLANDDIER, (P.Y.), Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire, Santé publique 2002, volume 14, n° 4, pp 403 – 423.
130. JOURDAN, (D.), BERGER, (D.), De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé, La Santé de l'Homme, n° 370, mar.-avr. 2004.
131. KAIL, (M.), FAYOL, (M.) ; Les sciences cognitives à l'école, 2003, PUF, Paris, 488 p.
132. KEALEY, (K.A.), PETERSON (A.V.), GAUL, (M.A.), DINH, (K.T.), Teacher training as a behaviour change process: principles and results from a longitudinal study, Health and education behaviour, 2000; 27(1): 64-81 GIBIER, (L.), Prise en charge des usagers des drogues, 1999, éd. E. Doin. 321 p.
133. KERVASDOUÉ, (de), (J.), La santé n'est pas uniquement affaire de médecine, in MALET, (É. H.), Santé publique et libertés individuelles, 1993, Passages, Paris, 235 p.
134. LAC, (M.), RATINAUD, (P.), La professionnalisation : approche d'un processus représentationnel, Journal International sur les représentations sociales, 2005, vol. 2, n°1, 68-77.
135. LAING, (R.D.), Le Soi et les autres, 1971, Gallimard, Paris, 272 p.
136. LALANDE, (F.), Sécurité et veille sanitaires : concepts, historique et évolution des structures et des doctrines, Revue française des affaires sociales, 51, (3-4), 1997, pp 31-38.
137. LAST, (J.M.), Public Health and human ecology, 1997, Ed. McGraw-Hill Professional Publishing, 464 p.
138. LAUMON, (B.), et al, Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM) : synthèse des principaux résultats, Saint-Denis, OFDT, INSERM, INRETS, CEESAR, LAB PSA, 2005, 39 p.

139. LAURE, (P.), BINSINGER, (C.), Consommation de produits aux fins de performance par les médecins généralistes, *Thérapie*, 2003, vol. 58, no 5, pp. 445-450
140. LAPLANTINE, (F.), *Anthropologie de la maladie, Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société contemporaine*, 1993, Payot, Paris, 420 p.
141. LECORPS, (P.), PATURET, (J-B.), *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, 2000, ENSP, Rennes, 186 p.
142. LECORPS, (P.), 1942-2002 : De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé, *La Santé de l'homme*, n°362, nov. -déc. 2002, pp 21-23.
143. LECRUBIER (Y.), SHEEHAN (D. V.), WEILER (E.) et al., "The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI", *European Psychiatry*, 1997, 12, 224-31.
144. LEFEBVRE, (T.), *Aspects négligés de l'iconographie antialcoolique : plaques de verre et films fixes*, *La Revue du praticien*, 2002, vol. 52, no16, pp. 1749-1751.
145. LESELBAUM, (N.) *L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels*, *La Santé de l'Homme*, n°362, nov.-déc. 2002
146. LEVINE, (H.G.), The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol* 1978 39:143-174.
147. LE REST (P.), *Les jeunes, les drogues et leurs représentations*, 2000, L'Harmattan, Paris, 188 p.
148. LINNÉ VON, (C.), *Species Plantarum*, 1753. Sur http://www.prospective-jeunesse.be/drogues_bota_chimie.php
149. LIPIANSKY, (E.-M.), *Identité et Communication*, 1992, PUF, Paris, 262 p.
150. MATSUDA, (L.A.), LOLAIT, (S.J.), YOUNG, (A.C), BONNER (T.I.), "Structure of a cannabinoïd receptor and functional expression of the cloned CDNA", *Nature*, n°346, 1990, p 561- 564.
151. McCORMICK, (M.), First representations of the gamma alcoholic in the English novel. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1969, 30:957-980.
152. MECHOULAM (R), BEN-SHABAT (S), HANUS (L), LIGUMSKY (M), KAMINSKI (NE) et coll. Identification of an endogenous 2-monoglyceride, present in canine gut, that binds to cannabinoid receptors. *Biochem Pharmacol* 1995, 50 : 83-90
153. MENDELSON, (J.H.), MELLO, (N.K.), LEX, (B.W.) et al., Marijuana withdrawal syndrome in a woman, *American Journal of Psychiatry*, 141, 1289-1290, 1984.
154. MANN, (J.), *Ethique et droits de la personne*, *Revue française de santé publique*, sept. 1998, n°3.

155. MARTINAND, (J.-L), Pratiques de référence et problématique de la référence curriculaire. In TERRISSE, (A.) (Éd.). Didactique des disciplines, les références au savoir, 2000, De Boeck, Bruxelles.
156. MEAD, (G.-H), L'esprit, le soi et la société, 2006, Le lien social, PUF.
157. MEIRIEU, (Ph.) Le choix d'éduquer, Ethique et pédagogie, 1999, ESF, 7e édition, Paris.
158. MEIRIEU, (P.), Bloc-notes du 6 mai 2006 sur www.meirieu.com
159. MÉRINI, (C.), Le partenariat en formation, Paris, l'Harmattan ; 1999.
160. MÉRINI, (C.), De PERETTI, (C.), Partenariat externe et prévention en matière de substances psycho actives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ?, Santé publique, 2002, volume 14, n° 2, pp 147-164
161. MIAS, (C.), L'implication professionnelle dans le travail social, 2000, Paris, l'Harmattan, 319 p.
162. MILDT, Revue de presse du 22 novembre 2001 sur www.drogues.gouv.fr
163. MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008, Paris, Mildt, 2004, 76 p.
164. MILDT, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, Paris, La Documentation française, coll. « Rapports officiels », 2000, 226 p.
165. Ministère de la santé et de la solidarité, La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011, Paris, 2006, 19 p.
166. Ministère de l'Education nationale, DESCO (Direction de l'enseignement scolaire), MILDT, Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire, Lyon, 2005, coll. « Repères CNDP, » Paris, 84 p.
167. Ministère de l'éducation nationale, Circulaire n° 2003-210 du 11 décembre 2003, NOR : MENE0302706C.
168. Ministère de l'éducation nationale, encart spécial dans le bulletin officiel n° 46 du 11 décembre 2003, La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation, Circulaire n° 2003-210 du 1-12-2003
169. Ministère de l'éducation nationale. Programme de l'école primaire ; 1995.
170. Ministère de la santé, Code de la santé publique (L 1411 – 5 et L 1411 – 6), loi de santé publique numéro 2004 – 806 du 9 août 2004)
171. MILES, (D.R.), Van den BREE, (M.B.M.), GUPMAN, (A.E.) et al., A twin study on sensation seeking, risk taking behavior and marijuana use, Drug And Alcohol Dependence, 62 (2001) 57-68.
172. MILICH, (R.) LYNAM, (D.), ZIMMERMAN, (R.) et al., Differences in young adult psychopathology among drug abstainers, experimenters and frequent users, Journal of substance abuse, Volume 11, number 1, pages 69-88.

173. MOLINER, (P.), Les deux dimensions des représentations sociales, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1994, 20, 5-13.
174. MOLINER, (P.), Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales, *Bulletin de Psychologie*, 1989, XLI, 387, 759-762.
175. MOLINER, (P.), *Images et représentations sociales : de la théorie des représentations à l'étude des images sociales*, 1996, PUG, Grenoble, 275 p.
176. MORGENSTERN, (J.), LANGENBUCHER, (J.), LABOUVIE, (E.W.), the generalizability of the dependence syndrome across substances: an examination of some properties of the proposed DSM- IV criteria, *Addiction*, 89, 1105-1113, 1994.
177. MOSCOVICI, (S.) Des représentations collectives aux représentations sociales, p. 64, in JODELET D., *Les représentations sociales*, coll. *Sociologie d'aujourd'hui*, 1989, P.U.F, Paris.
178. MOSCOVICI, (S.), *La psychanalyse, son image et son public*, 1961 (2^e éd. 1976), PUF, Paris.
179. MOSCOVICI, (S.) Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. In JODELET, (D.) (Ed.). *Les représentations sociales*; Paris : Presses Universitaires de France, 62-86.
180. MPNS, The Montana Parent Norms Survey « Not My Little Angel » Summary findings from a survey of Montana Parenting Behaviors and Perceptions Associated with Teen Substance Abuse, July 2000, consultable en ligne sur www.mostofus.org
181. MUGNY, (J.C.) et CARUGATI (A.), 1985, p. 183, cités par J.-C. ABRIC, op. cité, p. 16.
182. MURARD, (L.), ZYLBERMAN,(P.), Le tabagisme, fléau subi et non affronté (1950-1975), *La Santé de l'homme*, n° 362, 2002.
183. MUTATAYI, (C.), DIAZ GOMEZ (C.), La prévention et le dispositif d'écoute et de soutien in *Cannabis, données essentielles sous la direction de COSTES, (J.M.)*, Paris, O. F. D. T., 2007, pp 114 – 122.
184. NEWCOMBE, (M.D.), BENTIER, (P.), *Consequences of Adolescent Drug Use: Impact on the lives of young adults*, 1988, Newbury Park, CA: Sage.
185. NIEDHAMMER, (I.), SIEGRIST, (J.), Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses, *Revue d'épidémiologie de santé publique*, n°46, 1998.
186. NOURRISSON, (D.), *Éducation à la santé : XIX^eme-XX^eme siècle*, 2002, ENSP, Rennes.
187. OFDT, Premier bilan des « consultations cannabis », *Tendances* n°50, septembre 2006, 6 p., disponible sur www.ofdt.fr

188. OUCHCHANE,(L.), HEINRICH-FISCHER-LOKOU,(A.), GRONDIN, (M.-A.), LEJEUNE, (M.-L.), MEYER, (F.), LAURICHESSE-DELMAS, (H.), GALLOT, (D.), GLANDDIER, (Y.), GERBAUD, (L.), LEMERY, (D.), Stress and worn-out feeling in physicians practicing ultrasonography for prenatal diagnosis: A national survey in 1050 French practitioners, *Ultrasonography in Obstetrics and Gynaecology*, in press.
189. PALLE (C.), et al, Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004. Exploitation des rapports d'activité-type des CSST, Saint-Denis, OFDT, 2006, 77 p.
190. PATTON, (G.C.), COFFEY, (C.), CARLIN, (J.B.), DEGENHART, (L.), LYNSKEY, (M.), HALL, (W.), Cannabis use and mental health in young people: cohort study, *BMJ* ,2002, 325 : 1195-1198
191. Parquet, (P.-J.), Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance, Rapport MILDT, CFES, Vanves, 1998.
192. PARQUET, (P.J.), Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, Vanves, CFES, coll. « Les dossiers techniques », 1997, 107 p.
193. PANZAC, (D.) Quarantaine et lazarets, l'Europe et la peste d'orient, XVIIe-XXe siècle Edition Edisud, 219 p.
194. PÉDINIELLI, (J. L.), ROUAN, (G.), BRETAGNE, (P.), Psychopathologie des addictions. 1995, Presses Universitaires de France, Paris.
195. PÉDINIELLI (J. L.), Clinique des conduites addictives, *Psychologie Médicale*, 17/12, 1985, 1837-1839.PERSEIL (S.), Politique, mœurs et cannabis : rétablir le droit ?, Le Médiateur, Presse Politique Indépendante, 2003, 208 p.
196. PERRENOUD, (P.), De la réflexion dans le feu de l'action à une pratique réflexive, Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation. 1998 sur www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/
197. PERRENOUD, (P.), Du travail sur les pratiques au travail sur l'habitus, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. 1999 sur www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/
198. PERRENOUD, (P.), Former les enseignants débutants qui deviendront des praticiens réflexifs, *Forum Pédagogies*, Bruxelles, janvier 1996,10 – 12.
199. PERETTI-WATEL, (P.), Comment devient-on fumeur de cannabis ? Une perspective quantitative, *Revue française de sociologie*, 42 -1, 2001, 3 – 30.
200. PERETTI-WATEL, (P.), Cannabis, ecstasy : du stigmatisme au déni, les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites, 2005, l'Harmattan, Paris, 294 p.
201. PIAGET, (J.), L'épistémologie génétique, Paris, coll. « Que sais-je » n° 1399, 6ème édition, PUF, Paris, 2005, 126 p.

202. PIAGET, (J.), *La représentation du monde chez l'enfant*. 1926, PUF, Paris.
203. PLASAIT, (B.), *Rapport de commission d'enquête, fait au nom de la commission d'enquête, sur la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites [n° 348 (2001-2002)] - Drogue : l'autre cancer [n° 321 tome 1 (2002-2003)]* (3 juin 2003) sur www.senat.fr
204. PROCHASKA, (J.), DI CLEMENTE, (C.), *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1982, 19, 276-288
205. RAVENNA (M.), CAVAZZA (C.), « Ecstasy, cocaïne et haschich dans les représentations des jeunes et des adolescents », *Vème Conférence internationale sur les représentations sociales*, Montréal, UQAM / CIRADE, LEPS- MSH (30 août au 2 septembre 2000).
206. RICHARD, (D.), SENON (J.-L.), *Le Cannabis*, Coll. *Que sais-je ?*, 2002, PUF, Paris, 126 p.
207. ROBERT, (G.), *Rapport sur « La prévention en matière de santé »*, Avis adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 26 novembre 2003
208. ROOM, (R.), *Trends and issues in the international drug control system – Vienna 2003*. *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift* 20:240-254. ROURA, (C.), CHABROL, (H.), *Symptômes de tolérance, de sevrage et de dépendance au cannabis chez l'adolescent consommateur*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52 (2004), 11-16.
209. ROSENSTOCK, (I. M.), *The Health Belief Model and Preventive Health Behavior*, *Health Education Monographs*. 1974, 2, 35-86.
210. ROUQUETTE, (M.-L.), RATEAU, (P.), *Introduction à l'étude des représentations sociales*, 1998, Presses Universitaires de Grenoble.
211. ROUSSILLE, (B.), *Soixante ans d'éducation pour la santé*, *La Santé de l'homme*, n°362, novembre-décembre 2002.
212. ROUX-PEREZ, (T.), *Construction identitaire des enseignants en formation initiale : entre représentations partagées et éléments de différenciation dans le rapport au métier*, huitième biennale de l'éducation et de la formation en ligne sur www.inrp.fr
213. RUANO -BORBALAN, (J.-C.), « Une notion clef des sciences humaines », in *Sciences Humaines* n°27, avril 1993, p.16.
214. RUFFIÉ, (J.), SOURNIA, (J.-C.), *Les épidémies dans l'histoire de l'homme : de la peste au sida*, 1993, Flammarion, Paris, 302 p.
215. SANDRIN-BERTHON, (S.), *À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ?* In Dossier « médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? », *La Santé de l'Homme*, 376, mars/avril 2005, pp 40-42 disponible en ligne sur www.inpes.sante.fr.

216. SAN MARCO, (J.-L.) in Philosophie, éthique et droit de la médecine, 1997, Coll. Thémis, PUF, Paris, 605 p.
217. SCHNEUVLY, (B.), BRONCKAERT, (J.-P.), Vygotsky aujourd'hui, 1988, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.
218. SCHÖN, (D.), Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, 1994, les éditions logiques, Montréal.
219. SECA (J.-M.), Les représentations sociales, 2002, Cursus, Armand Colin, VUEF, Paris, 192 p.
220. SEQUIER, (A.), DEMARTEAU, (M.), PEREIRA, (M.), L'analyse des représentations : un moyen d'évaluer la formation des enseignants en éducation à la santé, Promotion & éducation, 1994, 14 – 18
221. THOMAS, (H.), Psychiatric symptoms in cannabis users, British Journal of Psychiatry, 163, 141- 149, 1993.
222. SETBON, (M.), Le principe de précaution en questions, Revue française des affaires sociales, n°3-4, déc. 1997.
223. SHEDLER, (J.), BLOCK, (J.), Adolescent drug use and psychosocial health, American Psychology 1990, 45 : 612-630
224. SIMONS, (J.), CAREY, (K.B.), Attitudes toward marijuana use and drug-free experience: relationships with behavior, Addictive behaviors, Vol.25, N° 3, pp 323-331, 2000.
225. SKINNER, (B.F.), La révolution scientifique de l'enseignement, 1968, Ed. Dessart, Bruxelles, 314 p.
226. TISON (P.), HAUTEKEETE (M.), « Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes », Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1998, 2, 43-9.
227. TONES, (K.), TILFORD, (S.), Health promotion: effectiveness, efficiency and equity. 2001, 3rd ed. Cheltenham: Nelson THORNES, London.
228. TRICHARD, (A.), DANIEL, (T.), SOBASZEK,(A.), Épuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers, Alcoologie et addictologie, 2005, vol. 27, no4, pp. 303-308
229. ÜLHER, (B.), HAMBRECHT, (M.), LOFFLER, (W.), AN DER HEIDEN, (W.),HAFNER, (H.),Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse--a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. Schizophr Res 2002, 54: 243-251.
230. VALVERDE, (M.), Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.
231. VEEN, (N.D.), SELTEN, (J.P.), VAN DER TWEEL, (I.), FELLER, (W.G.), HOEK, (H.W.), KAHN, (R.S.), Cannabis use and age at onset of schizophrenia, Am J Psychiatry, 2004, 161: 501-506.

232. VIAU, (R.), La motivation en contexte scolaire, Bruxelles, De Boeck, 2003, 221 p.
233. VIAUD, (J.), Principes organisateurs et représentations sociales de l'économie : genèse et dynamique. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 1999, 12, (2), 79-106.
234. VINCENT, (I.), KARRER, (M.), Éducation pour la santé en médecine et à l'officine : sortir des vœux pieux ! In Dossier « médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? », *La Santé de l'Homme*, 376, mars/avril 2005, 8 p. disponible en ligne sur www.inpes.sante.fr
235. ZAMMIT, (S.), ALLEBECK, (P.), ANDREASSON,(S.), LUNDBERG, (I.), LEWIS, (G.), Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study, *BMJ*, 2002, 325 : 1199-1201.

Liste des sigles utilisés

ADOTECNO, Adolescents, techniques d'évaluation des consommations nocives
AFP, Agence France Presse
AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ATU, Autorisation temporaire d'utilisation
BVA, Brulé, Ville et Associé (institut de sondage)
BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CAST, Cannabis abuse screening test
CCAA, Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CEESAR, Centre européen d'études de sécurité et d'analyse des risques
CESDIP, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales
CFES, Comité français d'éducation pour la santé (devenu INPES)
CIM Classification internationale des maladies
CIRC, Collectif d'information et de recherche cannabique
CJN, Casier judiciaire national
CNRS, Centre national de la recherche scientifique
COM, Collectivité d'outre-mer
CSST, Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DIS, Drogues info service
DACG, Direction des affaires criminelles et des grâces
DAP, Direction de l'administration pénitentiaire
DATIS, Drogues alcool tabac info service
Δ9-THC, delta-9-tétrahydrocannabinol
DESCO, Direction de l'enseignement scolaire
DEP-ADO, Dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes
DGDDI, Direction générale des douanes et droits indirects
DGLDT, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGS, Direction générale de la santé
DISR, Délégation interministérielle à la Sécurité routière
DOM, Département d'outre-mer
DPJJ, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DSCA, Direction centrale du service de santé des armées
DSN, Direction du service national
DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EROPP, Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes

ESCAPAD, Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense

ESPAD, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

FDA, Food and drug administration

FNAILS, Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants

FND, Fichier national des détenus

FNORS, Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

IC, Intervalle de confiance

IFOP, Institut français d'opinion publique (institut de sondage)

IFSI, Institut de formation en Soins Infirmiers

ILS, Infraction à la législation sur les stupéfiants

INHES, Institut national des hautes études de sécurité

INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INRETS, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité

INRS, Institut national de recherche et de sécurité

INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS, Institut de veille sanitaire

IUFM, Institut Universitaire de Formation des Maîtres

ITSRA, Institut du Travail Social de la Région Auvergne

MENRT, Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie

MJENR, Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche

MILAD, Mission de lutte antidrogue

MILDT, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview

NIDA, National institut for drug abuse

NOR, Système normalisé de numérotation des textes officiels

OCRTIS, Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants

OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OGD, Observatoire géopolitique des drogues

OMS, Organisation mondiale de la santé

ONDCP, Office of national drug control policy

ONISR, Observatoire national interministériel de la Sécurité routière

ONU, Organisation des Nations unies

ORS, Observatoire régional de santé

PAEDI, Processus d'Action des Enseignants : Déterminants et Impact

PCS, Profession et catégorie sociale

PFAD, Policier formateur antidrogue

PIB, Produit intérieur brut
PMSI, Programme de médicalisation du système d'information
POSIT, Problem oriented screening interview for teenagers
RECAP, Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
SAM, Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière
SESI, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (devenu DREES)
SIDA, Syndrome immunodéficientaire acquis
SIG, Service d'information du gouvernement
SIRP, Service de l'information et des relations publiques du ministère de l'Intérieur
SIMCCA, Système d'information mensuel dans les « consultations cannabis »
SINTES, Système d'identification national des toxiques et des substances
SOFRES, Société française d'études par sondages
THC, Tétrahydrocannabinol
TCH-COOH, Acide 11-nor-delta-9-tétrahydrocannabinol-carboxylique
TNS, Taylor Nelson Sofres (institut de sondage)
TREND, Tendances récentes et nouvelles drogues
UE, Union européenne
UFTS, Unité de Formation des Travailleurs Sociaux

Index des noms propres

A

ABRIC · 64, 189, 191, 194, 195, 197
AJZEN · 171
ALTET · 332
ANDREASSON · 33
APOSTOLIDIS · 60
AQUATIAS · 81, 325
ARIÈS · 189
ARSENEAULT · 34, 35
AUBLET-CUVELIER · 124
AUTIÉ · 96

B

BAIGENT · 40
BARBIER · 205, 332, 348
BATAILLE · 209, 335, 336
Baudelaire · 104
BEAUTRAIS · 32
BEAUVOIS · 171, 191
BECK · 43, 47, 48, 71, 114
BECK,A · 58
BECKER · 16, 318, 319, 320, 321, 322
BECKERS · 205
BELLAMY · 110
BELLIARD · 110
BERGER · 122, 124, 125, 138, 170, 171, 172, 173,
174, 180, 345, 347
BERTHET · 169
BINSINGER · 327
BLIN · 209
BLOCK · 151
BLOOM · 175
BOISSONNEAULT · 333
BORAWSKI · 150, 151
BOURDELAIS · 159, 160
BOURDIEU · 189, 201
BOURG · 164
BOVASSO · 34
BRONCKAERT · 179
BRUNER · 180
BÜLHER · 35

C

CAMMAS · 333
CAMPOS · 197
CANGUILHEM · 184, 343
CAREY · 151
CARUGATI · 195
CAVAZZA · 65
CHABROL · 39, 57
CHERBONNIER · 168
CHOLLET · 18
CHOQUET · 320
CLÉMENT · 355
COGERINO · 122
COLLET · 125
COSTES · 42
COURTY · 138, 330
CRAHAY · 178
CROTHERS · 84
CROWLEY · 39

D

D'WELLES · 81
DANEL · 327
DANY · 60
De PERETTI · 122, 126
DELL'AGNOLA · 322
DEMARTEAU · 124
DESCHAMPS · 200
DEVANE · 24
DI CLEMENTE · 170
DIAZ GOMEZ · 98
DINH · 125
DOISE · 191, 196, 201
DOMAGK · 161
DOZON · 171
DRUAIS · 131
DUBAR · 204, 206, 207, 208
DUBET · 325
DUBY · 189
DURKHEIM · 187

E

EISENLOHR · 60
ERIKSON · 203

F

FAINZANG · 184
FARR · 188
FAYOL · 178
FÉNICHEL · 83
FERGUSON · 38
FERNANDEZ · 82
FESTINGER · 328
FISCHER · 190
FLAMENT · 191, 196, 199
FLEMING · 161
FONTAINE · 325
FORTIN · 344
FRAYSSE · 210, 334
FREUD · 188

G

GAFFIÉ · 199, 200, 201
GALATANU · 332
GALICHET · 341, 342, 343
GAUL · 125
GENEIX · 124
GERBAUD · 327
GIBIER · 90
GIORDAN · 174
GIRARD · 183
GLANDDIER · 124, 327
GOFFMAN · 204
GOLDBERG · 166
GOODMAN · 91
GORMAN · 150
GOTTRAUX · 166
GRONDIN · 327
GUIMELLI · 60, 200

H

HALIOUA · 162
HALL · 33
HANEY · 37
HAUTEKEETE · 58
HENRION · 93
HENSLER · 345

HERZLICH · 189, 190, 193, 194
Hippocrate · 354
HOWLETT · 24
HUGHES · 23, 208

J

JACQUET · 92
JAHODA · 188
JAYLE · 126
JENNER · 161
JODELET · 189, 190, 191, 192, 193, 195
JOHNS · 31
JONES · 37
JOUET LE PORS · 335, 348
JOULE · 171, 191
JOURDAN · 122, 124, 126, 170, 171, 172, 173,
174, 180, 345

K

KAIL · 178
KANT · 186
KARRER · 132
KEALEY · 125
KERVASDOUÉ · 167
KOSTERLITZ · 23

L

LAC · 210
LAING · 207
LALANDE · 159
LAPLANTINE · 189
LAQUET-RIFFAUD · 124
LARUE · 344
LAST · 182
LAUMON · 108
LAURE · 327
LAURICHESSE-DELMAS · 327
LE REST · 53, 54, 56, 59, 62, 63
LECORPS · 182, 185
LEFEBVRE · 163
LEGLEYE · 47, 48, 71, 114
LEJEUNE · 124
LEMERY · 327
LESELBAUM · 170
LEVINE · 83
LINNÉ · 19
LIPIANSKY · 203

M

MAESTRACCI · 63
MANDERSCHIED · 341, 342, 343
MANN · 167
MARTINAND · 355
MARZIN · 122
MATSUDA · 24
Mc CORMICK · 83
MEAD · 204
MECHOULAM · 24
MEIRIEU · 172, 354
MENDELSON · 37
MÉRINI · 125, 126
MIAS · 209, 335, 336, 337
MILES · 150
MILICH · 150, 151
MOLINER · 197, 336
MONTEIL · 191
MORGENSTERN · 38
MORIN · 346
MOSCOVICI · 187, 188, 189, 191, 193, 200
MOTTA · 122
MUGNY · 195
MURARD · 163
MUTATAYI · 98

N

NEWCOMBE · 39
NIEDHAMMER · 168
NOURRISSON · 125

O

OUCHCHANE · 327

P

PALLE · 111
PANZAC · 158
PARQUET · 63, 93, 99
PATTON · 34
PATURET · 182
PÉDINIELLI · 83, 87
PEREIRA · 124
PERETTI-WATEL · 47, 71, 319, 320, 321, 322,
324, 325, 328
PERRENOUD · 345, 349
PERSEIL · 81

PETERSON · 125
PIAGET · 177, 187
PIASER · 209
PIEC · 124
PLASAIT · 322
PROSCHASKA · 170
PRZEDNOWED · 18

R

RATEAU · 194
RATINAUD · 210
RAULOT · 160
RAVENNA · 65
RICHARD · 18, 24
RIGAUD · 92
ROBERT · 157
ROOM · 84
ROQUES · 63, 95
ROSENSTOCK · 171
ROUQUETTE · 194, 197
ROURA · 39
ROUSSILLE · 163
ROUX-PEREZ · 334
RUANO -BORBALAN · 186
RUFFIÉ · 158

S

SAN MARCO · 182
SANDRIN BERTHON · 132
SCHLEGEL · 164
SCHNEUVLY · 179
SCHÖN · 346
SECA · 65
SENON · 18, 24
SEQUIER · 124
SETBON · 165
SHEDLER · 151
SIEGRIST · 168
SIMMEL · 187
SIMONS · 150, 151
SKINNER · 175
SOBASZEK · 327
SOURNIA · 158
SPILKA · 48, 114
SZTULMAN · 82

T

TAFANI · 197
THOMAS · 38
TISON · 57
TRICHARD · 327

V

VALVERDE · 83
VIAU · 178
VIAUD · 202
VICQ d'AZIR · 159

VICTOR · 122
VINCENT · 132
VYGOTSKY · 179, 180

W

WEBER · 187

Z

ZAMMIT · 33, 35
ZYLBERMAN · 163

Index des figures

Figure 1, THC le principe actif du cannabis	26
Figure 2, Usages de cannabis au cours de la vie et de l'année par sexe et par âge en 2005 (en%).....	47
Figure 3, Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans en 2005 (en %).....	48
Figure 4, Expérimentation de cannabis parmi les 18-44 ans 1992-2005 (en %).....	52
Figure 5, Expérimentation de cannabis par sexe à 17 ans 1993-2005 (en %)	53
Figure 6, Usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe à 17 ans, 2000-2005 (en %).....	54
Figure 7, Nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis dans les CSST au cours du mois de novembre, 1989-2003.....	114
Figure 8, Situation scolaire ou professionnelle des usagers âgés de 14 à 28 ans (n=2489).....	118
Figure 9, Type d'usagers reçus, par tranche d'âge (en %).....	120
Figure 10, Usage régulier d'alcool (au moins 10 épisodes de consommation dans les trente derniers jours) selon la fréquence d'usage du cannabis parmi les consultants	121
Figure 11, Diagnostic d'usage, selon la modalité de recours (n=2457)	122
Figure 12, Un réseau qui vise à soutenir les IUFM	131
Figure 13, La tension fondatrice de la réflexion pédagogique	177
Figure 14, La pédagogie par objectifs	180
Figure 15, Identité individuelle ou collective	212
Figure 16, La construction de l'identité professionnelle	215
Figure 16 La réflexivité en éducation pour la santé.....	368

Index des tableaux

Tableau 1, Teneur en THC du cannabis.....	27
Tableau 2, Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans en 2005	46
Tableau 3, Odds ratios (OR) des différents usages de cannabis parmi les 15-34 ans en 2005 ajustés* en fonction du statut scolaire et professionnel (en %)	49
Tableau 4, Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel à 17 ans en 2005 (en %).....	50
Tableau 5, Usage de cannabis sur la sociabilité à 17 ans en 2005 (en %).....	51
Tableau 6, Usages de cannabis suivant le milieu social familial* déclaré à 17 ans en 2005 (en %).....	51
Tableau 7, Comparaison des différentes conceptions des addictions	94
Tableau 8, Scores d'impact des post-tests des campagnes grand public entre 2000 et 2006	109
Tableau 9, Les produits et le danger	144
Tableau 10, La peur des produits.....	144
Tableau 11, Les opinions exprimées.....	144
Tableau 12, La prise en charge thérapeutique	145
Tableau 13, La proximité des produits	145
Tableau 14, Effectifs des questionnaires « 1, 2, 3 »	227
Tableau 15, Effectifs questionnaire « Au fil des ans »	231
Tableau 16, Réponses au questionnaire de connaissances générales	234
Tableau 17, Consommations de cannabis dans la population totale.....	242
Tableau 18, Consommations de cannabis IFSI.....	243
Tableau 19, Consommations de cannabis IUFM.....	244
Tableau 20, Consommations de cannabis UFTS	244
Tableau 21, Consommations de cannabis IFSI vs IUFM	245
Tableau 22, Consommations de cannabis IFSI vs UFTS	246
Tableau 23, Consommations de cannabis UFTS vs IUFM.....	246
Tableau 24, Fréquence de consommation par formation.....	247

Tableau 25, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations pour le dernier mois	248
Tableau 26, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations pour les 12 derniers mois	248
Tableau 27, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations : expérimentation.....	248
Tableau 28, Comparaisons de la consommation de cannabis IFSI « 1,2, 3 ».....	249
Tableau 29, Comparaisons de la consommation de cannabis IUFM « 1,2, 3 ».....	249
Tableau 30, Comparaisons de la consommation de cannabis UFTS « 1,2, 3 ».....	250
Tableau 31 Régression logistique Dernier mois/ Population Totale : Variables explicatives	251
Tableau 32, Régression logistique Dernier mois/ Population Totale : Résultats.....	252
Tableau, 33 Régression logistique Dernier mois/ IFSI : Variables explicatives	253
Tableau 34, Régression logistique Dernier mois/ IFSI : Résultats	254
Tableau 35, Régression logistique Dernier mois/ IUFM : Variables explicatives ..	255
Tableau 36, Régression logistique Dernier mois/ IUFM : Résultats	255
Tableau 37, Régression logistique 12 derniers mois/ Population totale : Variables explicatives	257
Tableau 38, Régression logistique 12 derniers mois/ Population totale : Résultats	257
Tableau 39 Régression logistique 12 derniers mois/ IFSI : Variables explicatives.	258
Tableau 40, Régression logistique 12 derniers mois/ IFSI : Résultats	259
Tableau 41, Régression logistique 12 derniers mois/ IUFM : Variables explicatives	260
Tableau 42, Régression logistique 12 derniers mois/ IUFM : Résultats.....	260
Tableau 43, Régression logistique Expérimentation/ Population totale : Variables explicatives	262
Tableau 44, Régression logistique Expérimentation/ Population totale : Résultats	263
Tableau 45, Régression logistique Expérimentation/ IFSI : Variables explicatives	264
Tableau 46, Régression logistique Expérimentation/ IFSI : Résultats	265
Tableau 47, Régression logistique Expérimentation/ IUFM : Variables explicatives	266
Tableau 48, Régression logistique Expérimentation/ IUFM : Résultats.....	267
Tableau 49, Régression logistique Expérimentation/ UFTS : Variables explicatives	268
Tableau 50, Régression logistique Expérimentation/ UFTS : Résultats.....	268
Tableau 51, Résultats Score de connaissances générales	269
Tableau 52, Comparaisons du score de connaissances générales entre formations	269
Tableau 53, Comparaisons du score de connaissances générales IFSI.....	269

Tableau 54, Comparaisons du score de connaissances générales IUFM.....	270
Tableau 55, Comparaisons du score de connaissances générales UFTS	270
Tableau 56, Consommation actuelle/Sexe Population totale « Au fil des ans ».....	273
Tableau 57, Expérimentation /Sexe Population totale « Au fil des ans ».....	273
Tableau 58, Consommation actuelle/Sexe IFSI « Au fil des ans ».....	274
Tableau 59, Expérimentation /Sexe IFSI « Au fil des ans ».....	274
Tableau 60, Consommation actuelle/Sexe IUFM « Au fil des ans ».....	274
Tableau 61, Expérimentation /Sexe IUFM « Au fil des ans ».....	275
Tableau 62, Consommation actuelle/Sexe UFTS « Au fil des ans ».....	275
Tableau 63, Expérimentation /Sexe UFTS « Au fil des ans ».....	275
Tableau 64, Consommation actuelle/Sexe Médecine « Au fil des ans ».....	276
Tableau 65, Expérimentation /Sexe Médecine « Au fil des ans ».....	276
Tableau 66, Odd-ratios IFSI vs IUFM « Au fil des ans ».....	276
Tableau 67, Odd-ratios IFSI vs UFTS « Au fil des ans ».....	277
Tableau 68, Odd-ratios IFSI vs Médecine « Au fil des ans ».....	277
Tableau 69, Odd-ratios UFTS vs Médecine « Au fil des ans ».....	278
Tableau 70, Odd-ratios UFTS vs IUFM « Au fil des ans ».....	278
Tableau 71, Odd-ratios IUFM vs Médecine « Au fil des ans ».....	279
Tableau 72, Fréquences de consommation par formation « Au fil des ans ».....	280
Tableau 73, Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations « Au fil des ans ».....	280
Tableau 74, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années IFSI « Au fil des ans ».....	281
Tableau 75, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années IUFM « Au fil des ans ».....	281
Tableau 76, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années UFTS « Au fil des ans ».....	282
Tableau 77, Comparaisons de la consommation de cannabis entre années Médecine « Au fil des ans ».....	282
Tableau 78, Régression logistique Consommation actuelle/ Population Totale : Variables explicatives	284
Tableau 79, Régression logistique Consommation actuelle/ Population Totale : Résultats	285
Tableau 80, Régression logistique Consommation actuelle/ IFSI : Variables explicatives	287
Tableau 81, Régression logistique Consommation actuelle/ IFSI : Résultats	288

Tableau 82, Régression logistique Consommation actuelle/ IUFM: Variables explicatives	289
Tableau 83, Régression logistique Consommation actuelle/ IUFM: Résultats	290
Tableau 84, Régression logistique Consommation actuelle/ UFTS: Variables explicatives	291
Tableau 85, Régression logistique Consommation actuelle/ UFTS: Résultats.....	291
Tableau 86, Régression logistique Consommation actuelle/ Médecine: Variables explicatives	292
Tableau 87, Régression logistique Consommation actuelle/ Médecine: Résultats..	293
Tableau 88, Régression logistique Expérimentation / Population totale: Variables explicatives	294
Tableau 89, Régression logistique Expérimentation / Population totale: Résultats	295
Tableau 90, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Variables explicatives	296
Tableau 91, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Résultats.....	297
Tableau 92, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Variables explicatives	298
Tableau 93, Régression logistique Expérimentation / IUFM: Résultats.....	299
Tableau 94, Régression logistique Expérimentation / UFTS: Variables explicatives	300
Tableau 95 Régression logistique Expérimentation / UFTS: Résultats.....	300
Tableau 96, Régression logistique Expérimentation / Médecine: Variables explicatives	301
Tableau 97, Régression logistique Expérimentation / Médecine: Résultats.....	302
Tableau 98, Score de connaissances générales par formation	303
Tableau 99, Comparaisons du score de connaissances générales entre formations	303
Tableau 100, Comparaisons du score de connaissances générales entre années IFSI	304
Tableau 101, Comparaisons du score de connaissances générales entre années IUFM	304
Tableau 102, Comparaisons du score de connaissances générales entre années UFTS	305
Tableau 103, Comparaisons du score de connaissances générales entre années Médecine	305
Tableau 104, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis Population totale	306
Tableau 105, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années IFSI.....	307
Tableau 106, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années IUFM.....	307
Tableau 107, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années UFTS	308

Tableau 108, Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années Médecine	308
Tableau 109, Réactions Parents / Consommation Cannabis Population totale	313
Tableau 110, Réactions Amis / Consommation Cannabis Population totale.....	314
Tableau 111, Représentations Acteur de Prévention / Consommation Cannabis Population totale.....	314
Tableau 112, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge Population Totale	315
Tableau 113, Estimation de l'expérimentation de cannabis pour les gens du même âge Population Totale	315
Tableau 114, Estimation de la consommation actuelle de cannabis pour les gens du même âge Population Totale	316
Tableau 115, Réactions Parents / Consommation Cannabis IFSI.....	316
Tableau 116, Réactions Amis / Consommation Cannabis IFSI.....	317
Tableau 117, Représentations Infirmier / Consommation Cannabis IFSI	317
Tableau 118, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge IFSI	318
Tableau 119, Réactions Parents / Consommation Cannabis IUFM.....	319
Tableau 120, Réactions Amis / Consommation Cannabis IUFM.....	319
Tableau 121, Représentations Professeur des écoles / Consommation Cannabis IUFM	320
Tableau 122, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge IUFM.....	320
Tableau 123, Réactions Parents / Consommation Cannabis UFTS	321
Tableau 124, Réactions Amis / Consommation Cannabis UFTS	321
Tableau 125, Représentations Éducateur spécialisé / Consommation Cannabis UFTS.....	322
Tableau 126, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge UFTS.....	323
Tableau 127, Réactions Parents / Consommation Cannabis Médecine	323
Tableau 128, Réactions Amis / Consommation Cannabis Médecine	324
Tableau 129, Représentations Médecin / Consommation Cannabis Étudiants en médecine	324
Tableau 130, Estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge Médecine.....	325

Table des matières

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE : LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS, DU PRODUIT AUX ACTEURS..	17
<i>CHAPITRE 1 : LE CANNABIS ENTRE RÉALITÉS ET REPRÉSENTATIONS</i>	<i>19</i>
1. <i>Le contexte social, le cannabis : un produit pas comme les autres</i>	<i>19</i>
A. La plante.....	19
B. La culture du cannabis sativa.....	21
C. Chimie et Pharmacologie du Cannabis.....	22
(a) Progrès récents en pharmacologie du Système Nerveux Central (SNC)	23
(b) Pharmacologie du cannabis	25
(c) Terminologie.....	25
(d) Dosage(s).....	27
(e) Effets généraux.....	31
D. Les réponses psychiatriques à la consommation de cannabis	33
E. La dépendance au cannabis	38
(a) La validité de la notion de dépendance au cannabis	39
(b) Prévalence et apparition de la dépendance cannabis	39
F. Vulnérabilité aux effets secondaires du cannabis	40
(a) La personnalité.....	41
(b) Conséquences à envisager dans le champ de la santé mentale	41
(c) Implications cliniques.....	42
(d) Limites	42
G. Conclusion partielle.....	42
2. <i>Cannabis : épidémiologie de sa consommation</i>	<i>44</i>
A. Etat des lieux	44
B. Des consommations différentes suivant le secteur d'activité.....	47
C. Adolescence et sociabilité.....	49
D. Évolution de la consommation de cannabis depuis les 15 dernières années.....	52
3. <i>Les représentations des drogues et du cannabis</i> :	<i>55</i>
A. Les jeunes, les drogues et leurs représentations.....	55
B. Etude de 159 adolescents consommateurs	59
C. Résultats	61
D. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis/ un enjeu pour la prévention.	62
E. Les organisateurs du rapport aux drogues chez les jeunes Italiens	67
F. The Montana Parent Norms Survey « Not My Little Angel »	69
G. Les opinions à l'égard du cannabis (EROPP 2002)	73
(a) Typologie et évolution des opinions au début des années 2000	73
(b) Estimation de la « banalisation » du cannabis	79
(c) Dangerosité des produits	81
4. <i>Contexte scientifique</i> :	<i>84</i>
A. Le concept d'addiction	84
(a) Du retour de l'histoire ancienne.	84
(b) Une histoire plus récente	85
B. Addiction et traités internationaux.....	86

C.	Des traités aux classifications internationales.....	87
(a)	L'abus selon l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV-TR) :	87
(b)	La dépendance selon l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV-TR) :	88
(c)	Utilisation nocive pour la santé (CIM 10)	91
(d)	La dépendance dans la CIM 10 (1992) :.....	91
(e)	Critères de l'addiction de GOODMAN.....	93
D.	La France invente sa pratique en matière d'addiction.....	95
E.	Vers une notion actuelle de l'addiction.....	97
F.	Quelle place pour le cannabis ? La question de la dépendance et des usages nocifs	98
CHAPITRE 2 : LA PRÉVENTION : ÉVOLUTION DES MODES D'INTERVENTIONS ; DE L'INTERDIT AUX CONSULTATIONS CANNABIS.		100
1.	<i>La prévention</i>	100
A.	Principes d'intervention dans la prévention du cannabis.....	101
(a)	L'action en milieu scolaire, une volonté de fédérer.....	104
(b)	Des actions disparates par ailleurs.....	105
(c)	Vers des campagnes ciblées	106
(d)	La campagne cannabis 2005.....	106
(e)	Sécurité routière et cannabis.....	110
(f)	Téléphonie sociale.....	111
B.	Les Consultations cannabis : premiers bilans	113
(a)	La prise en charge dans les CSST	113
(b)	Les « consultations cannabis »	116
(c)	Repères méthodologiques.....	116
(d)	Profils sociodémographiques des consultants.....	117
(e)	Type et fréquence de consommation	118
(f)	Circonstances de recours aux « consultations cannabis ».....	121
(g)	Suivi proposé.....	122
2.	<i>La formation à l'éducation à la santé dans les différentes formations initiales</i>	124
A.	Les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres.....	124
(a)	L'éducation à la santé dans les formations dispensées par les IUFM.....	125
(b)	Au-delà de la formation.....	127
(c)	Des initiatives cependant volontaires et originales.....	129
B.	Les Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine	132
(a)	Le deuxième cycle des études médicales.....	132
(b)	L'internat et la professionnalisation	134
(c)	Au-delà des études médicales.....	135
C.	Les Instituts de Formation et de Soins Infirmiers	136
(a)	Le programme des études.....	136
(b)	Durée de la formation.....	136
(c)	Les stages	137
(d)	Définition du rôle propre infirmier.....	137
D.	Les unités de formation d'éducateurs spécialisés	138
E.	Conclusion.....	139
CHAPITRE 3 : DÉMARCHE DE PROBLÉMATISATION, INTERROGATION SUR UN PARADOXE		141
1.	<i>Une analyse préalable</i>	141
A.	Résultats	143
B.	Les différents acteurs suivant leur formation initiale :.....	146
(a)	Les professeurs des écoles.....	146
(b)	Les élèves infirmiers de première année	147
(c)	Les élèves infirmiers de deuxième année	147
(d)	Les élèves éducateurs de première année	148
(e)	Les élèves éducateurs de deuxième année.....	148

(f) Les élèves moniteurs éducateurs	149
C. Discussion	149
D. Souligner un paradoxe	155
E. Les raisons du paradoxe.....	156
2. Poser le problème	157
DEUXIÈME PARTIE : FONDER UNE PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRANT TOUTES LES DIMENSIONS DE LA PERSONNE DANS LA SOCIÉTÉ	159
CHAPITRE 1 : L'ÉDUCATION À LA SANTÉ : DE L'HYGIÉNISME À LA PROMOTION DE LA SANTÉ	161
1. <i>Évolution et fondements historiques</i>	161
A. L'Antiquité et Moyen Âge : la lutte contre les maladies contagieuses à la lumière de la médecine empirique	161
B. Le triomphe de l'hygiénisme et de la vaccination (du XVIIIe siècle à la seconde guerre mondiale).....	163
C. L'avènement de la médecine curative.....	165
D. La remise en cause du modèle biomédical entraîne un renouveau de la prévention	166
2. <i>Les différentes approches de la prévention :</i>	169
A. L'approche biomédicale	169
B. Les limites du modèle biomédical, vers une approche globale	170
C. Vers la promotion de la santé	172
D. S'adapter encore mieux	173
3. <i>Les différents modèles</i>	174
A. D'abord des référents théoriques	174
B. Puis une tension entre la pédagogie et le didactique	177
C. Le modèle allostérique de l'apprentissage	178
D. Le béhaviorisme et l'approche par objectifs	179
E. La psychologie génétique et le constructivisme.....	181
F. Les approches cognitivistes	182
G. La psychologie sociale.....	183
4. <i>La dimension éthique</i>	185
A. La nécessaire responsabilisation de l'individu.....	185
B. La normalisation possible de la prévention.....	186
C. L'éducation à la santé	188
CHAPITRE 2 : LA QUESTION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES	191
1. <i>Généralités sur les représentations sociales</i>	191
A. Définitions	194
B. Les différentes approches du concept :	196
2. <i>Caractéristiques et fonctions des représentations sociales</i>	198
A. Les fonctions des représentations sociales.....	199
B. La théorie du noyau central	201
3. <i>L'évolution des représentations sociales</i>	204
CHAPITRE 3 : LA CONSTRUCTION DES IDENTITÉS PERSONNELLE, PROFESSIONNELLE ET SOCIALE.....	209
1. <i>Quelques définitions</i>	209
2. <i>La construction professionnelle fruit de la construction sociale de l'identité</i>	212
3. <i>Des représentations professionnelles aux représentations socioprofessionnelles</i>	215
TROISIÈME PARTIE : CERNER ET ANALYSER LA RÉALITÉ.....	219
CHAPITRE 1 : MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	222
1. <i>Construction des questionnaires :</i>	222
A. Enquête longitudinale « 1, 2, 3 »	222
B. Enquête transversale/longitudinale : « Au fil des ans »	224
2. <i>Les populations étudiées, les effectifs, la passation des questionnaires</i>	225
A. L'enquête longitudinale « 1, 2, 3 »	225

(a)	Les élèves éducateurs spécialisés	225
(b)	Les élèves infirmiers	226
(c)	Les professeurs des écoles en formation.....	227
B.	L'enquête transversale/longitudinale : « Au fil des ans »	228
(a)	Les élèves éducateurs spécialisés	228
(b)	Les élèves infirmiers	229
(c)	Les professeurs des écoles en formation.....	229
(d)	Les étudiants en médecine.....	230
3.	<i>Règles générales d'analyse</i>	232
A.	Questionnaires « 1, 2,3 »	232
(a)	Définition du fumeur de cannabis	232
(b)	Score de connaissances générales.....	234
(c)	Tests statistiques utilisés	235
B.	Questionnaires « Au fil des ans »	236
(a)	Définition du fumeur de cannabis	236
(b)	Description des regroupements de modalités de réponses	237
(c)	Score de connaissances générales.....	240
(d)	Tests statistiques.....	240
4.	<i>Que veut-on vérifier ?</i>	240
CHAPITRE 2 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE LONGITUDINALE 1, 2, 3		242
1.	<i>Enquête « 1, 2, 3 » (longitudinale)</i>	242
A.	Odds- Ratios et risque relatif	242
(a)	Le genre.....	242
(b)	IFSI.....	243
(c)	IUFM.....	244
(d)	UFTS.....	244
B.	Différences entre les formations	245
(a)	IFSI versus IUFM.....	245
(b)	IFSI versus UFTS.....	246
(c)	UFTS vs IUFM.....	246
2.	<i>La consommation de cannabis</i>	247
A.	Analyse de la fréquences de consommation par formation.....	247
B.	Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations	247
C.	Comparaisons de la consommation de cannabis entre années par formation.....	248
(a)	IFSI.....	249
(b)	IUFM.....	249
(c)	UFTS.....	250
3.	<i>Tests de régressions logistiques</i>	250
A.	A consommé du cannabis au cours du dernier mois	251
(a)	Population totale.....	251
(b)	IFSI.....	253
(c)	IUFM.....	255
(d)	UFTS.....	256
B.	A consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois	256
(a)	Population totale.....	256
(b)	IFSI.....	258
(c)	IUFM.....	259
(d)	UFTS.....	261
C.	A déjà consommé du cannabis au cours de sa vie.....	261
(a)	Population totale.....	261
(b)	IFSI.....	264

(c) IUFM.....	266
(d) UFTS.....	267
4. <i>Le score de connaissance générale</i>	268
A. Score de connaissances générales.....	269
B. Comparaisons du score de connaissances générales entre années par formation.....	269
(a) IFSI.....	269
(b) IUFM.....	270
(c) UFTS.....	270
5. <i>Ce qu'il faut retenir du questionnaire « 1, 2, 3 »</i>	271
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE TRANSVERSALE ET LONGITUDINALE	273
1. <i>Le questionnaire « Au fil des ans » (étude transversale/longitudinale)</i>	273
A. Odds-ratios et risque relatif	273
(a) Analyse par sexe.....	273
(b) IFSI.....	274
(c) IUFM.....	274
(d) UFS	275
(e) Faculté de médecine	276
B. Analyse comparative entre formations	276
(a) IFSI vs IUFM	276
(b) IFSI versus UFTS.....	277
(c) IFSI vs études médicales	277
(d) UFTS vs études médicales.....	278
(e) UFTS vs IUFM.....	278
(f) IUFM vs études médicales	279
2. <i>La consommation de cannabis</i>	279
A. Fréquences de consommation par formation	279
(a) Comparaisons de la consommation de cannabis entre formations.....	280
(b) IFSI.....	281
(c) IUFM.....	281
(d) UFTS.....	282
(e) Etudiants en médecine.....	282
3. <i>Régressions logistiques</i>	283
A. Consommateur occasionnel ou régulier de cannabis	283
(a) Population totale.....	283
(b) IFSI.....	286
(c) IUFM.....	289
(d) UFTS.....	290
(e) Études médicales	292
B. A déjà fumé du cannabis.....	294
(a) Population totale.....	294
(b) IFSI.....	296
(c) IUFM.....	298
(d) UFTS.....	299
(e) Etudes médicales	301
4. <i>Score de connaissance générale</i>	303
A. Score de connaissances générales par formation	303
(a) Comparaisons du score de connaissances générales entre formations.....	303
(b) IFSI.....	304
(c) IUFM.....	304
(d) UFTS.....	304
(e) Faculté de médecine	305

(f)	Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis.....	306
B.	Comparaisons du score de connaissances générales et de la consommation de cannabis entre années par formation.....	307
(a)	IFSI.....	307
(b)	IUFM.....	307
(c)	UFTS.....	308
(d)	Faculté de médecine.....	308
5.	<i>Ce qu'il faut retenir du questionnaire « Au fil des ans »</i>	308
A.	L'analyse par formation.....	309
B.	En ce qui concerne l'expérimentation.....	309
C.	Pour les fumeurs occasionnels ou réguliers.....	310
6.	<i>Comparaison entre les items du questionnaire « Au fil du temps » et le fait de consommer ou non du cannabis</i>	313
A.	La population totale.....	313
B.	L'estimation de la consommation de cannabis pour les gens du même âge.....	315
(a)	Population totale.....	315
(b)	IFSI.....	316
C.	L'estimation de la consommation de cannabis.....	318
(a)	IUFM.....	318
(b)	UFTS.....	320
(c)	Faculté de médecine.....	323
CHAPITRE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS.....		327
1.	<i>Les facteurs psychosociaux</i>	327
A.	Le sexe.....	327
B.	L'âge.....	328
C.	D'autres facteurs rentrent en jeu.....	328
(a)	Les facteurs sociodémographiques.....	328
(b)	Les facteurs de choix personnels.....	329
D.	L'influence des parents.....	329
E.	L'influence des amis.....	329
F.	L'estimation de la consommation de cannabis.....	330
2.	<i>Le choix de la formation et l'évolution au fil des ans</i>	330
A.	L'influence de la formation.....	330
B.	La représentation de son futur métier par rapport aux consommations de substances psychoactives.....	331
C.	Le score de connaissance sur les addictions.....	332
D.	Quelle(s) évolution(s) au fil des ans ?.....	332
3.	<i>En guise de conclusion provisoire</i>	334
QUATRIÈME PARTIE : INTERVENIR AU DELÀ DES PARADOXES.....		335
CHAPITRE 1 : L'APPORT THÉORIQUE DE H.S. BECKER ET SON ACTUALITÉ.....		337
1.	<i>Que nous apprend H.S.BECKER ?</i>	337
2.	<i>Aller plus loin</i>	338
3.	<i>Application à notre travail</i>	340
CHAPITRE 2 : LE RISQUE, SA GESTION, SON DÉNI : DES NOTIONS RELATIVES.....		343
1.	<i>Le discours sur les produits</i>	343
2.	<i>La consommation de cannabis</i>	345
3.	<i>Le déni</i>	347
CHAPITRE 3 : L'INFLUENCE DE LA FORMATION INITIALE, LES REPRÉSENTATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES, GÉRER QUOTIDIENNEMENT SES PARADOXES.....		351
1.	<i>S'engager dans un processus de professionnalisation</i>	352
2.	<i>Des critères communs</i>	353

3. <i>Application à notre recherche</i>	357
CHAPITRE 4 : L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : FORMER DES PRATICIENS RÉFLEXIFS	361
1. <i>Une éducation aux valeurs</i>	361
2. <i>Des praticiens réflexifs</i>	365
CONCLUSION GÉNÉRALE	371
BIBLIOGRAPHIE	377
LISTE DES SIGLES UTILISÉS	393
INDEX DES NOMS PROPRES	397
INDEX DES FIGURES	401
INDEX DES TABLEAUX	402
TABLE DES MATIÈRES	407