



AXA
Prévention

Guide de reconnaissance et de prévention des addictions

Comprendre & Agir



Édito

Depuis les Assises de la psychiatrie en 2021, AXA Prévention a fait de la santé mentale l'une de ses priorités, la crise sanitaire du COVID-19 ayant déclenché une augmentation des troubles anxieux et dépressifs notamment chez les jeunes.

Afin d'agir vite, l'association s'est associée à PSSM France dès 2022 pour former un maximum de secouristes en santé mentale et tendre vers l'objectif gouvernemental d'avoir plus de 750 000 secouristes partout en France à horizon 2030. AXA France et AXA Prévention ont déjà formé plus de 400 secouristes, aujourd'hui en capacité d'aider.

Pour déstigmatiser la santé mentale et sensibiliser le plus grand nombre, nous avons également créé une plateforme digitale de services gratuits « Derrière les signes » avec 3 axes simples : informer, agir et orienter.

En 2024, nous avons travaillé avec le Professeur Michel Lejoyeux, professeur de psychiatrie et d'addictologie à l'Université Paris Cité, chef de service à l'Hôpital Bichat (AP-HP) afin de mener une étude qui puisse mesurer scientifiquement la détresse psychologique en population générale et avoir ainsi une vision claire de l'état de santé mentale des Français. Elle a révélé que 56% d'entre eux étaient en état de souffrance et que 13 % déclaraient consommer plus de substances addictives depuis la crise sanitaire.

Les addictions sont désormais un problème majeur de santé publique qui touche l'ensemble des générations ainsi que tous les milieux sociaux. Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, les trois produits les plus consommés, tant par les adultes que les adolescents, sont l'alcool, le tabac et le cannabis.

Qu'il s'agisse de dépendances à des substances ou d'addictions comportementales, leurs répercussions dépassent largement la sphère individuelle, impactant les familles, les sphères éducatives et professionnelles, et la société dans son ensemble, jusqu'à la sécurité sur la route. Face à cette situation, il est urgent que la prévention et la reconnaissance précoce des conduites addictives deviennent pour tous une priorité, particulièrement en cette année 2025 où la santé mentale a été désignée Grande Cause Nationale.

Toujours en collaboration avec le Professeur Michel Lejoyeux, nous avons souhaité créer un guide dédié, simple et pratique, pour faciliter la compréhension des mécanismes de l'addiction, l'identification des signes d'alerte et les ressources appropriées à chaque situation.

Nous espérons qu'il contribuera à réduire les préjugés, à promouvoir la vigilance et la prévention et répondra concrètement à toutes vos questions.

Bonne lecture !

Clotilde du Fretay
Secrétaire générale d'AXA Prévention

Sommaire



Comprendre

- Tout ce que vous devez savoir sur les addictions pour vous en protéger : définitions, explications et chiffres

06



Situations concrètes d'addiction



Cas n°1 33
Albert et l'alcool



Cas n°2 36
Les faux amis d'Elisabeth contre la fatigue et les angoisses



Cas n°3 40
Les drogues multiples de Malcolm



Cas n°4 44
Les fringales d'Emma



Cas n°5 48
Les paris perdus de Laurent



Cas n°6 52
Quand les antalgiques deviennent des drogues



Cas n°7 56
L'Internet plus que la vie réelle



Cas n°8 59
Un mélange de café, de tabac et de cannabis



Cas n°9 63
Un gaz hilarant dangereux



Cas n°10 65
Les Poppers de Bastien



Échelles d'évaluation

- Trouble de l'usage d'alcool 69
- Trouble de l'usage du tabac 74
- Trouble de l'usage de cannabis 76
- Jeu pathologique 77
- Addiction à Internet 85



Ressources et préventions

- Que faire pour soi-même ou pour un proche quand on a un doute sur une addiction ? 89
- Les espaces santé jeunes 89
- Les maisons des adolescents 90
- Les missions locales 90
- Le point accueil écoute jeunes 90
- Lignes téléphoniques 91
- CSAPA 92
- Les consultations jeunes consommateurs 92
- Les cures ou hospitalisations spécialisées 92
- Les psychothérapies 93
- En pratique : Les stades de motivation 94
- Les médicaments dans l'addiction 96
- Les mouvements d'entraide 96
- La prévention des addictions au travail 98
- Références pour en savoir plus 102



Selon l'étude menée en 2024 par AXA Prévention sur la santé mentale des Français,

13 % d'entre eux déclarent consommer plus de **substances addictives depuis la crise sanitaire**

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, tout comme pour les adultes, **les trois produits les plus consommés par les adolescents sont**

l'alcool, le tabac et le cannabis

Sur 10 élèves de troisième,

6 ont déjà bu de **l'alcool**

1 a expérimenté le **cannabis**

3 ont testé la **cigarette électronique**



Introduction

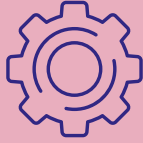
Ce guide a pour objectif de **prévenir et reconnaître les addictions**. Il a pour but de vous donner le plus d'informations possibles pour reconnaître une addiction, connaître l'importance du phénomène, savoir qui est concerné. Vous mesurerez les impacts des addictions sur votre sécurité quotidienne, chez vous, au travail et bien sûr quand vous conduisez ou exercez une activité nécessitant concentration et prudence.

Après des définitions, indispensables à lire et comprendre, une suite de **dix exemples concrets** vous montreront comment on peut être concerné par une addiction et comment on en sort.

La dernière partie de ce guide mettra à votre disposition **des échelles et des questionnaires pour savoir où vous en êtes** par rapport aux différents produits et où en sont vos proches.

Prenez le temps d'en lire chacune des parties. Vous y apprendrez que les addictions sont **un problème de santé fréquent** mais que l'on prévient et traite d'autant mieux qu'on l'aborde comme toutes les autres questions de santé.

Michel Lejoyeux
Professeur de psychiatrie et d'addictologie



Comprendre



Tout ce que vous devez savoir sur les addictions pour vous en protéger



Qu'est-ce qu'une substance psycho-active pouvant donner lieu à une addiction ?

La différence entre consommation normale et addiction ne concerne que les substances que l'on appelle **psychoactives**, c'est-à-dire qui agissent sur le cerveau et les émotions. Elles créent de la détente et du plaisir et donnent envie d'en reprendre une fois que l'on a consommé. La consommation normale de substances psycho-actives ne concerne par ailleurs que les produits dont l'usage est autorisé en France : l'alcool et le tabac. On pourrait aussi parler du café mais les addictions vraies au café restent rares et le plus souvent sans gravité.

Les produits psycho-actifs sont ceux qui sont repris dans les classifications médicales comme des causes possibles d'addiction :



- l'**alcool**
- le **tabac** et la **nicotine**
- le **cannabis**
- les **hallucinogènes**
- les **opiacés** (morphine, héroïne ou anti-douleurs opiacés)
- les **hypnotiques** (qui aident à dormir mais peuvent créer des ivresses en surdosages)
- les **anxiolytiques** (qui sont avec les hypnotiques et les antidouleurs des médicaments détournés de leur usage)
- les **amphétamines** et leurs différents dérivés
- la **cocaïne**

Les molécules pouvant donner lieu à un trouble de l'usage n'agissent pas de la même manière dans le cerveau. Mais toutes produisent des sensations de plaisir ou d'excitation.

Les personnes les plus à risques de devenir dépendantes sont les femmes et les hommes les plus impulsifs, celles et ceux qui résistent le moins à la tentation et arrivent le moins à se contrôler.

Plus le niveau d'excitation induit par un produit est fort, plus le risque d'évolution vers un trouble de l'usage ou une dépendance est marqué. Les personnes présentant ces troubles de l'usage parlent d'un coup de foudre au moment où elles consomment pour la première fois la molécule qui va finir par les contrôler.

Comprendre

S'il fallait chercher un point commun entre les substances psycho-actives donnant lieu à un trouble de l'usage, on pourrait dire que chacune fait plaisir. Pour le dire en termes neurobiologiques, chacune d'entre elles active le système de récompense dans le cerveau.

Ce système de récompense tend à renforcer le comportement. Il est constitué d'un circuit de neurones situés au plus profond du cerveau. Il déclenche des états de calme, de bien-être ou d'euphorie. Quand on a commencé à prendre un des produits psycho-actifs, on a envie de continuer. Le système de récompense produit aussi des souvenirs positifs. Même si une consommation, par exemple d'alcool, a donné lieu à des difficultés, le système de récompense psychologique et cérébral va faire que l'on ne se souviendra que des bons moments ou des bons effets.

Le fait que le cerveau et l'esprit soient stimulés par une molécule fait que l'on a tendance à laisser de côté le reste, aussi important soit-il. Les femmes et les hommes présentant un trouble de l'usage vont ainsi avoir tendance à négliger leur travail, leur vie amoureuse, leur vie familiale, leurs enfants, leur conjoint, leurs amis.





Dès que l'on utilise une substance qui n'est pas un médicament pour ses effets sur le psychisme, on commence à se mettre en danger.

Cela est le cas que la substance soit :

- stimulante
- calmante
- euphorisante
- augmentant les capacités de production ou de concentration

Aucune béquille psychique n'est anodine.



Quelle est la différence entre la consommation normale d'une substance et un trouble de l'usage de substances ?

Qu'est-ce qu'une consommation normale ?

Une consommation normale, pour autant qu'elle puisse être définie simplement, est une consommation dont la quantité n'est pas toxique pour la santé du corps et de l'esprit. Les doses minimales non toxiques sont régulièrement revues à la baisse. Il est malgré tout possible de considérer qu'une consommation inférieure à trois verres de boisson alcoolique par semaine est « normale ».

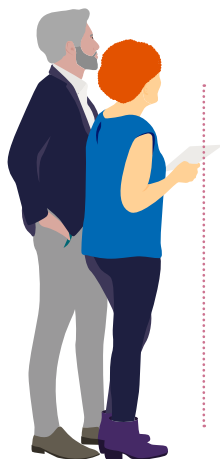
La consommation de tabac est, elle, toxique dès la première cigarette. Les effets sont marqués en particulier sur le cœur et les vaisseaux.

Une consommation normale est aussi une consommation qui a lieu dans un contexte où elle n'entraîne pas de risque pour la sécurité du consommateur et pour celle d'autrui. Toute prise de boisson alcoolique avant la conduite automobile, la conduite d'autres engins ou des situations du quotidien nécessitant un maximum de vigilance représente une situation à risque.

Comment définir une addiction ?

Dans le champ de ce qui est anormal, ou pathologique, la situation a été grandement clarifiée par les nouveaux critères de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). La dernière livraison de son manuel diagnostique et statistique, le DSM-5-TR*, ne retient plus qu'une catégorie de consommation pathologique. Cette consommation est appelée Trouble de l'usage d'une substance.

Là encore dans une perspective de simplification, les critères de trouble de l'usage d'une substance s'appliquent à tous les produits que le **DSM-V-5-TR** identifie comme pouvant faire l'objet d'un usage toxique.



À savoir

Le DSM-5-TR est la référence la plus complète actuelle et essentielle pour la pratique clinique dont disposent les cliniciens et les chercheurs en santé mentale aujourd'hui en France comme au niveau international. Grâce aux contributions de 200 experts le DSM-5-TR tient compte des connaissances les plus récentes fondées sur la littérature scientifique et présente la révision et l'actualisation de l'ensemble des critères des codes diagnostiques et du texte. Il offre un langage commun aux cliniciens impliqués dans le diagnostic et l'étude des troubles mentaux et facilite une évaluation objective des présentations des symptômes dans une variété de contextes cliniques.

La définition de l'addiction aujourd'hui n'a plus rien de moral ou de subjectif. Elle s'appuie sur des critères précis. Cette définition objective est importante. Elle permet à celles et ceux qui sont concernés de ne pas être considérés comme manquant de volonté. Elle évite aussi de se « raconter des histoires » quand on est piégé par une substance. Les signes de dépendance sont assez faciles à rechercher. Quand ils sont présents, un avis doit être demandé à un médecin ou un spécialiste.

Il est important de considérer les troubles de l'usage comme un état maladif à la fois fréquent et banal. Ils n'appellent pas de conseils, de remontrances, mais une approche médicale et professionnelle qui, dans la majorité des cas, va permettre d'aller mieux.



La médecine moderne décrit et définit l'addiction comme une maladie. Ce n'est ni une faute, ni un manque de volonté mais une raison d'ouvrir les yeux et de demander une aide.



Quels sont les signes validés médicalement d'une addiction ou d'un trouble de l'usage ?

Les signes d'un trouble de l'usage se répartissent en groupes.

1. La perte de contrôle

Quand un produit génère tant de plaisir qu'il donne lieu à une dépendance, il n'est pas possible d'en limiter la consommation. Les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool expliquent bien qu'elles ne peuvent pas arrêter après un verre. Il en est de même des fumeurs ou des consommateurs d'autres produits.

Toujours dans le registre de la perte de contrôle, il peut exister un désir permanent de diminuer ou de contrôler la consommation. Mais cette tentative de réduction n'est pas suivie d'effet, justement parce que la personne est dépendante.

Dans le groupe des manifestations de la perte de contrôle, on retrouve aussi le fait qu'une femme ou un homme ayant un trouble de l'usage peut passer beaucoup de temps à obtenir le produit dont il est dépendant, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets.

Dans les formes les plus graves de trouble de l'usage, la quasi-totalité des activités d'une personne tourne autour de la substance. Elle se réveille avec une envie de produit, se couche avec une envie de produit et aura passé toute sa journée soit à consommer, soit à se demander comment résister à la consommation.



Regardez le deuxième verre.

Le premier verre est presque toujours normal. Le deuxième est un signe d'alerte s'il est bu plus vite que le premier et oblige à en boire un troisième.



2. L'envie et le désir d'un produit

L'envie impérieuse de produit est un terme difficile à traduire en français. Le terme anglais est **craving**. Il correspond à un fort désir ou un besoin puissant de consommer une substance. Ce craving peut apparaître à tout moment. Il y a des situations où le craving est particulièrement envahissant. Les fumeurs le savent bien. Quand ils croisent quelqu'un qui fume alors qu'eux ont décidé d'arrêter, l'envie de cigarette est décuplée. Certains ne prennent pas de café après le repas tant le café est associé à une augmentation de l'envie de fumer.

Cette envie très forte de consommer un produit a une base cérébrale. On retrouve une stimulation des zones de récompense au niveau du cerveau.

En pratique, celles et ceux qui l'expérimentent disent qu'ils sont tellement obsédés par un produit qu'ils ne peuvent plus penser à autre chose.

Les premiers effets d'un traitement efficace de l'addiction apparaissent quand l'envie s'amenuise et quand le plaisir ou le désir pour d'autres activités commence à apparaître.



Le désir fait la différence entre santé et maladie.

Tant qu'on éprouve des désirs ou des passions non toxiques, on va bien. L'addiction est une tendance à détourner sa capacité à aimer sur un produit ou un comportement qui devient embarrassant ou encombrant.

Le craving est un mot qui n'a pas d'équivalent simple en français. C'est un désir intense.

Une envie de la substance à tout moment.

On observe une augmentation de l'envie quand l'environnement rappelle des consommations précédentes.

3. L'altération du fonctionnement social

Une consommation répétée d'une substance, quelle qu'elle soit peut conduire à l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile. La personne atteinte de dépendance peut continuer à consommer malgré des problèmes interpersonnels. On lui fait des reproches qu'elle fait semblant de ne pas entendre. Il peut aussi y avoir des problèmes sociaux qui sont aggravés par la substance.

Les activités sociales, professionnelles et les loisirs sont réduits ou abandonnés. Il n'est pas rare qu'un dépendant préfère passer du temps seul avec son produit que du temps avec ses amis ou sa famille sans produit.



Ecouter les autres.

Pour les addictions, nos proches sont souvent les meilleures vigies. Ils remarquent si nous dérapons et ils voient bien quand un produit ou un comportement finit par nous intéresser plus qu'eux.





4. L'imprudence causée par le trouble de l'usage de substance

Il déclenche des consommations risquées. Ces consommations risquées sont des consommations dans des situations où il y a un danger. Il peut s'agir de la conduite automobile, d'une situation du quotidien qui demande de la vigilance, d'un danger pour la santé ou d'un danger psychologique. Une fois que l'on est pris dans un trouble de l'usage de substance, on change sa relation au danger et on continue à consommer le produit malgré les risques auquel il expose. Le trouble de l'usage rend aussi **imperméable** aux messages et actions de prévention.



Le surmoi*, est soluble dans l'alcool.

Un psychanalyste l'avait écrit comme une blague. Notre gendarme intérieur, notre sens de la discipline s'endort sitôt que l'on prend un produit qui altère le discernement. Il nous fait oublier nos réflexes d'auto-défense et même le code de la route.

*L'une des trois instances de la personnalité (selon Freud), agissant sur le « moi » comme moyen de défense contre les pulsions. Le « ça » représente nos désirs primaires, le « moi » tente de satisfaire ces désirs de manière réaliste, et le « surmoi » intègre les valeurs morales et sociales.

5. L'adaptation du corps et de l'esprit au produit

Dans les formes les plus anciennes et les plus importantes de consommation, se retrouve une **tolérance**. C'est-à-dire qu'il faut augmenter la quantité de substance pour obtenir le même effet. Dans le même temps, l'effet diminue à quantité égale de substance. Cet effet est net avec l'alcool, avec les somnifères. Les premiers verres ou les premiers cachets endorment profondément. Avec la répétition des prises, l'organisme devient indifférent en apparence au produit. Le résultat est que l'on est tenté d'escalader les doses.

Certains sont dès le départ tolérants, par exemple à l'alcool. Il existe des « bons vivants » ou « bon buveurs » qui peuvent absorber trois-quatre verres d'alcool sans voir leur vigilance ou leur capacité de réflexion changer. D'autres s'endorment dès le premier verre. Bien évidemment, les plus tolérants sont aussi celles et ceux qui seront le plus à risque de développer un trouble de l'usage.

L'ultime critère physique est le **syndrome de sevrage** ou de manque. L'organisme qui ne reçoit plus sa substance souffre. Les signes de souffrance sont des tremblements, de l'angoisse, parfois des crises d'épilepsie. Certaines molécules donnent des syndromes de sevrage particulièrement nets. C'est le cas du tabac, de l'alcool, des opiacés et des tranquillisants.



Attention aux bons vivants et bonnes vivantes !

Celles et ceux qui tolèrent le mieux l'alcool sont souvent les plus à risque. Si la première cigarette vous étouffe et que l'alcool vous endort, vous êtes moins à risque que si vous avez « une bonne descente ».

L'addictologie aujourd'hui n'attend pas la présence d'une dépendance physique, ce que soit un sevrage ou une tolérance pour intervenir que ce soit pour le soin ou la prévention. Il est pertinent de demander un avis ou d'inciter à demander un avis dès la première prise de risque ou dès le premier trouble du comportement. Il est aussi pertinent de prévenir des signes plus précoces qu'un tableau complet d'addiction.

Résumé des critères de trouble de l'usage ou d'addiction

Le trouble de l'usage est défini quand deux au moins des onze critères suivants sont présents pendant au moins un an :

- 1 La substance est consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
- 2 Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
- 3 Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, l'utiliser ou récupérer de ses effets.
- 4 Il existe une envie impérieuse (Craving), un fort désir ou un besoin pressant de consommer.
- 5 Il y a une consommation répétée dans des situations qui empêchent de remplir des obligations majeures, que ce soit au travail, à l'école ou à la maison.
- 6 La consommation se poursuit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux qui sont aggravés justement par cette substance.
- 7 Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées à cause de la substance.
- 8 Il existe une consommation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (comme la conduite automobile).
- 9 La personne présentant un trouble de l'usage poursuit sa consommation bien qu'elle sache avoir un problème psychologique ou physique causé par la substance.
- 10 Il existe une tolérance, soit un besoin d'augmenter les doses, soit un effet diminué.
- 11 Il existe un sevrage. Ce sevrage est variable selon les produits.





Ce que n'est pas le diagnostic d'addiction ou de trouble de l'usage :

Le diagnostic n'est pas quantitatif (pas de dose seuil).

Le diagnostic n'est pas biologique (pas de marqueur biologique de dépendance mais marqueur de dommage).

L'addiction est une relation de contrainte entre une personne et une substance ou un comportement.





Que changent les définitions modernes de l'addiction pour la prévention et la compréhension ?

Ces définitions ont plusieurs conséquences en pratique sur le dépistage et la prévention. Elles transforment le regard que les médecins, les infirmiers et chacune et chacun portent sur ce problème de santé.

- Elles permettent de répondre oui ou non à la question « **a-t-on ou pas un trouble de l'usage ?** ». Que l'on se pose la question pour soi ou pour un proche, on sort ainsi du flou. Les notions de consommations un peu excessives ou à problème n'ont plus cours.
- Le fait de disposer d'un critère médical validé éloigne l'idée que le trouble de l'usage serait dû à un manque de volonté, une tendance à se laisser aller. **C'est une maladie avec ses critères** aussi précis que ceux par exemple du diabète ou de l'hypertension artérielle.
- On ne fait pas la morale à un diabétique ou un hypertendu pour l'inciter à changer son comportement et aller mieux. C'est pareil pour l'addiction ou le trouble de l'usage. **Les discours moralisateurs et culpabilisants sont faux et inutiles.**

- Les addicts ou dépendants, quel que soit leur produit d'élection subissent souvent une double peine. **Ils ne sont pas considérés comme de vrais malades. On peut les ignorer. Et en même temps, ils sont incurables** : qui a bu boira. Les deux propositions sont fausses. Les nouveaux critères le confirment à qui pourrait en douter.
- **La quantité de substance n'est pas le principal déterminant d'un trouble de l'usage.** Dans aucun des critères de définition n'apparaît de dose seuil qui correspondrait soit à une dose normale, soit à une dose pathologique. Rien ne sert de faire un « inventaire des verres » pour savoir si l'on a ou pas un problème avec l'alcool. Ce qui crée la dépendance est la relation de contrainte entre celui ou celle qui consomme **et** le produit.
- La dose d'alcool ne détermine pas le fait de savoir si on est ou non dépendant. Il n'y a pas un nombre de verres qui ferait passer d'un état normal à un état de maladie. C'est différent pour le tabac où la consommation est toxique dès la première cigarette. C'est vrai aussi de toutes les drogues illicites.
- **Le principal indice faisant la différence entre une consommation normale et une consommation pathologique est la contrainte.** Tant que la consommation n'est pas contraignante, obligatoire avec une perte de contrôle, on est plus proche d'une consommation normale. Pour l'expliquer autrement, il y a une différence de nature entre une consommation d'alcool festive, parce qu'on partage un verre avec des amis et le rendez-vous imposé avec la substance que subit celle ou celui qui en est dépendant.
- **Un autre indice pour mesurer la relation au risque concerne les circonstances de la consommation.** Il y a des moments, par exemple avant de prendre la route, ou avant de faire un travail dangereux, où la consommation d'alcool est particulièrement risquée. C'est vrai aussi de tous les produits qui agissent sur la vigilance. Il en est de même enfin des excitants qui conduisent à ne pas prendre assez au sérieux les consignes de sécurité.



La principale maladie des dépendants est **le déni**.

Les addictions se préviennent et se soignent. A condition de ne pas les considérer comme un comportement normal, une fatalité ou une situation incurable.



Quelle est la fréquence des différentes addictions ?

Dans le champ des addictions, règnent les impressions vagues ou subjectives.



N'avez-vous pas l'impression que les jeunes... ou les vieux boivent plus maintenant qu'avant ?



Je trouve qu'il y a de plus en plus de drogués dans les rues.

Ces impressions reposent sur des expériences individuelles. Mais ce dont on a besoin pour prévenir les troubles de l'usage, ce sont des données objectives ou épidémiologiques. On appelle épidémiologie, le recueil validé des informations concernant la fréquence des différents troubles de l'usage et de ce qui détermine leur risque. Les études épidémiologiques ne se fondent pas sur des cas particuliers mais sur des questionnaires posés à des populations importantes (plusieurs dizaines ou centaines de milliers).

Quand les études épidémiologiques utilisent des questionnaires scientifiques, on peut comparer les résultats d'un pays à un autre. On peut aussi suivre dans le temps l'évolution des fréquences. Ce suivi a montré, par exemple, que la pandémie de Covid a été suivie d'une augmentation de fréquence des addictions.

Toutes les études confirment que les addictions sont fréquentes. Elles ne se limitent pas à ce simple constat. Elles apportent des chiffres fiables qui rendent la prévention et le dépistage encore plus indispensables. Les taux de personnes concernées varient selon les produits. Évidemment, le nombre de fumeurs est plus élevé que celui des consommateurs d'héroïne.



Les chiffres sont des informations sur les populations mais chaque situation est individuelle. Aucun âge ne protège et aucun âge ne doit faire considérer les addictions comme un état normal dont on ne peut pas se passer.



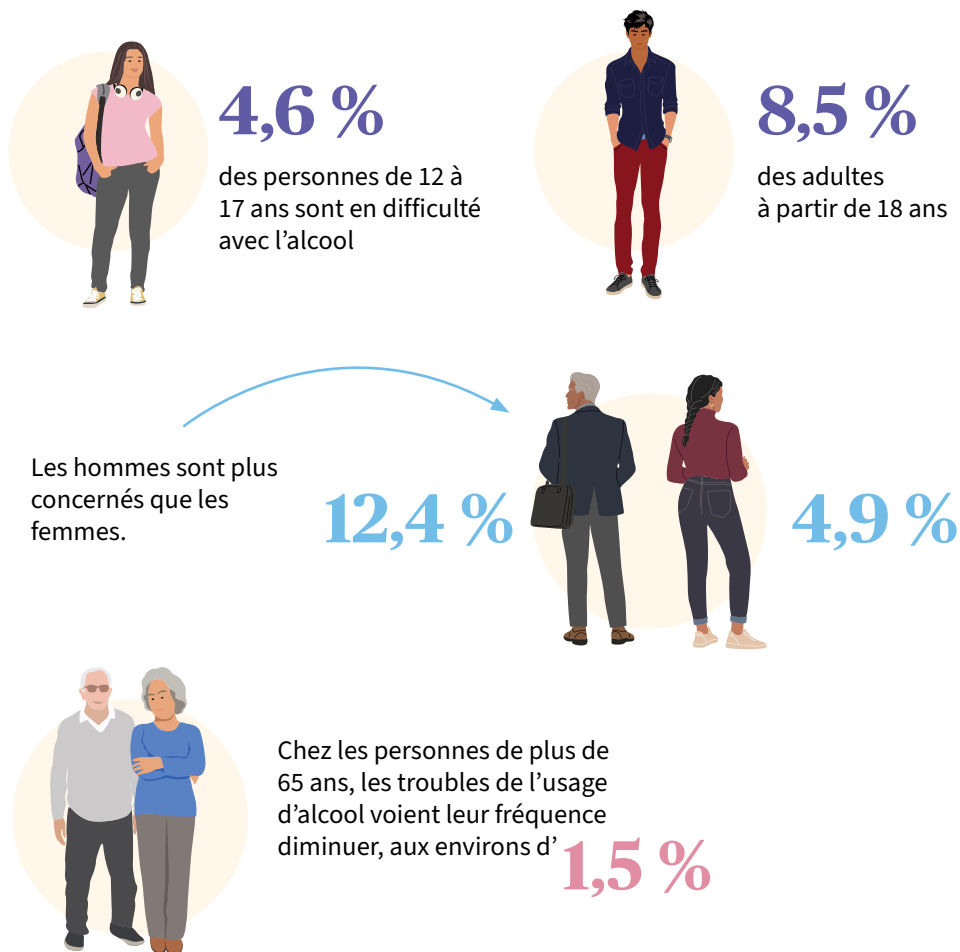
Comprendre



Combien de personnes concernées par une addiction à l'alcool ?

Pour l'alcool, les données sont particulièrement impressionnantes. On sait l'alcool impliqué dans un nombre significatif d'accidents de la circulation. Il est aussi une cause habituelle d'addiction.

Globalement, sur 12 mois :



Les consommations d'alcool chez les plus âgés ont une gravité spécifique avec des risques de chute et d'aggravation de trouble de la mémoire. Ces alcoolisations des seniors sont plus cachées, méconnues tant des familles que des médecins traitants.

Qui est le plus à risque d'un trouble de l'usage d'alcool ?

L'épidémiologie ne se limite pas à calculer le nombre de personnes concernées par une consommation ou une addiction. Elle réalise aussi **un portrait-robot** des dépendants en cherchant qui sont les plus exposés.

Les femmes et les hommes qui doivent faire l'objet de la plus grande attention au regard du risque qu'ils courent sont :

- Celles et ceux qui ont des amis, une famille qui consomment.
- Celles et ceux qui culturellement considèrent la consommation d'alcool comme au mieux banale, au pire obligatoire.
- Tous ceux qui ont à un moment utilisé l'alcool pour faciliter des relations, qu'elles soient amicales, professionnelles ou même amoureuses.

Parmi les facteurs de risque existent aussi des facteurs génétiques : **40 à 60 % du risque de trouble de l'usage d'alcool dépend de facteurs génétiques**. Il n'y a cependant pas un gène spécifique qui pourrait permettre de prédire si on est ou non à risque de trouble de l'usage de l'alcool.

Cela ne veut pas dire qu'il faille adopter une attitude fataliste vis-à-vis du risque alcool et considérer qu'il n'y a rien à faire si on a une histoire familiale de difficulté avec l'alcool. Cela incite à être d'autant plus vigilant et actif sur la prévention.

Celles et ceux qui ont des proches parents en difficulté avec l'alcool ont trois à quatre fois plus de risque de devenir dépendants.

Plus on hérite d'une intolérance à l'alcool avec par exemple le fait de devenir rouge quand on consomme de l'alcool, moins on risque de développer un trouble de l'usage.

Les personnes les plus impulsives, qui se contrôlent le moins, qui ont tendance à jouer ou à prendre d'autres produits sont plus à risque de trouble de l'usage d'alcool.



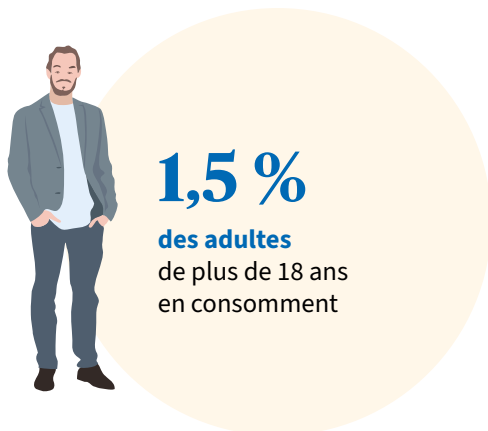
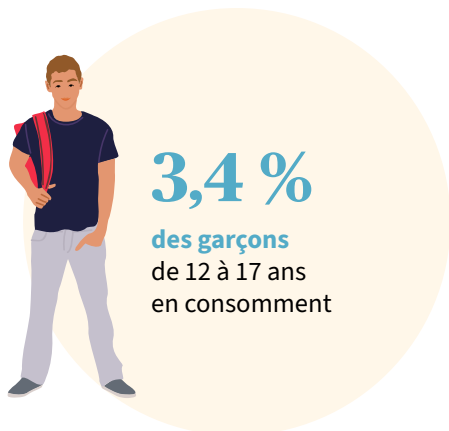
Ne pas confondre tendance et fatalité.

Les facteurs de risque sont des indications statistiques. Mais quels que soient ses facteurs de risque, on peut éviter l'addiction.



Combien de personnes sont concernées par une addiction au cannabis ?

Le cannabis est la substance illicite ou illégale la plus consommée en France.



Qui est le plus à risque d'addiction au cannabis ?

Les hommes sont plus exposés (2,2 %) que les femmes (0,8 %).

Les personnes de plus de 65 ans consomment significativement moins de cannabis (0,01 %).

Les adolescents ayant été impulsifs dans leur jeune âge, désinhibés, sont plus à risque de consommer du cannabis.

On retrouve aussi parmi les autres facteurs de risque de dépendance au cannabis :

- l'échec scolaire
- le fait de fumer du tabac qui fait plus facilement passer au cannabis
- l'instabilité dans la famille
- l'usage de cannabis chez les parents proches
- la facilité d'accès au produit

Les facteurs génétiques contribuent pour 30 à 80 % au risque d'usage de cannabis.



Le cannabis est une substance psycho-active comme une autre.

Pour les addictologues, il n'y a pas de drogue douce ou sympathique. On peut devenir dépendant, et même gravement dépendant d'un produit considéré comme inoffensif. Ce qui fait la gravité de l'addiction, c'est l'intensité du lien de contrainte entre la personne et le produit.



Combien de personnes sont concernées par une addiction au tabac ?

Le tabac est consommé par environ une personne sur cinq. Presque tous les fumeurs sont des fumeurs quotidiens. Cette information est essentielle pour la prévention. **Il n'existe pas de fumeurs sans relation de dépendance au tabac.**

Quelle forme de tabac est la plus consommée ?

Les fumeurs utilisent le plus souvent des cigarettes. La pipe ou le cigare ne concernent qu'1 % des consommateurs.

Qui est le plus exposé à la dépendance au tabac ?

Longtemps les hommes fumaient plus que les femmes. Une nouvelle parité s'installe qui expose autant hommes et femmes au tabac. Les taux ont tendance à devenir égaux entre les hommes (14 %) et les femmes (12 %). Chez les plus âgés, la consommation de tabac diminue à 4 %.

Les facteurs de personnalité exposant à la consommation de cannabis sont les mêmes que ceux qui peuvent conduire à prendre du tabac. Les tabagiques sont volontiers plus impulsifs, plus désinhibés. Les personnalités anxieuses, timides sont aussi à risque de tabagisme.

Les facteurs génétiques contrôlent pour 50 % le risque de tabac.



Les femmes nouvelles victimes du tabac.

Le ratio entre les hommes et les femmes tend à s'égaliser. Les femmes sont autant à risque mais le savent moins. De fait, elles sont encore plus en danger.



Peut-on être dépendant d'un comportement ?

Il est habituel de se considérer comme dépendant d'Internet ou de son téléphone. Les amateurs de chocolat se font traiter de drogués au sujet de leur aliment préféré et tout coureur régulier est suspect de développer une addiction à l'exercice. Avec les comportements, la différence est moins nette entre l'usage normal et le troubles de l'usage. Pourtant, un certain nombre de dépendances comportementales sont présentes dans les classifications médicales. Elles ont des définitions aussi précises que le trouble de l'usage de l'alcool ou du tabac.

Les critères de dépendance que sont **la perte de contrôle, l'existence de dommages et la fixité du comportement** ne s'observent pas qu'avec des produits comme la cocaïne ou le cannabis. On peut retrouver aussi une perte de contrôle avec :

- le jeu d'argent
- la sexualité
- Internet et les écrans
- les troubles du comportement alimentaire



Le jeu pathologique d'argent est la dépendance à un comportement la mieux définie par les catégories médicales. En cas de jeu pathologique d'argent, il existe d'abord un grand gain, puis une forte envie ensuite de rejouer avec une tendance à dilapider son argent.

L'addiction sexuelle se retrouve chez des femmes et des hommes qui multiplient les comportements sexuels plus par peur du manque et par incapacité à réduire leur sexualité que par plaisir. Pour le dire autrement, l'addiction sexuelle est une passion triste déclenchée par l'obsession de la répétition et ne laissant pas de place à l'amour ou à la séduction.

Dans **les troubles du comportement alimentaire**, se retrouvent les boulimies qui consistent à ingérer beaucoup de nourriture rapidement et à faire suivre cette ingestion de vomissements. On décrit aussi dans ce cadre une addiction à la maigreur appelée anorexie mentale avec peur de grossir, restriction alimentaire et obsession par le poids. L'addiction au sucre, pourtant très à la mode, n'est pas encore définie dans les catégories diagnostiques médicales classiques.

L'usage d'Internet et des écrans peut aussi devenir addictif avec une déconnexion de la vie réelle. Les addicts du virtuel sont exposés aux manipulations dans les réseaux sociaux, aux jeux d'argent en ligne et aux propositions sexuelles elles aussi en ligne.

Ces différentes addictions seront revues dans les situations pratiques qui suivent.



Tout n'est pas addiction.

Ne prenez pas pour une addiction toute passion pour un téléphone, un ordinateur ou tout autre comportement. Même si elle fait beaucoup parler d'elle, l'addiction au sucre n'est pas encore confirmée.



Quelles sont les nouveautés dans le champ des pratiques addictives ?

Les addictions sont modulées ou modifiées par les changements de la société. Le monde après le Covid est plus exposé aux conduites addictives. Les critères des addictions ne changent pourtant pas radicalement. Ils ont été validés par des études sur d'importantes populations de femmes et d'hommes en bonne santé ou malades. Ils sont portés par des études statistiques et par une analyse de ce qui est modifié dans le cerveau pour chacune des addictions. Il existe cependant des habitudes de consommation correspondant à des formes nouvelles d'addiction. Elles doivent être reconnues et prévenues comme de « nouvelles maladies ».

La liste qui suit n'est pas exhaustive. Elle illustre les situations qui pèsent le plus sur la santé aujourd'hui :

1

Le binge drinking. Il se définit par une prise d'alcool en une occasion, de plus de quatre ou cinq verres de boisson alcoolique. Il en résulte une ivresse, une argumentation de l'impulsivité et une tendance à se mettre en danger.

Cette ivresse expresse ou binge drinking est particulièrement fréquente chez les jeunes adultes. Ceux-ci ont remplacé la consommation d'alcool aux repas de leur parents par des prises festives d'une grande quantité d'alcool. Les dangers sont multiples :

- faire une overdose à l'alcool avec coma et risque mortel
- subir les conséquences de la perte de contrôle, que ce soient des violences sexuelles agies ou des violences dont on est victime
- s'exposer à des accidents de la circulation par non-repérage du danger
- une tendance à la répétition de ces comportements

2

Une autre pratique addictive récente est la **consommation d'alcool et de tabac chez les femmes**. La fréquence de ces comportements chez les femmes augmente régulièrement. Ils peuvent être liés à des situations de surmenage personnel ou professionnel ou à une volonté consciente ou inconsciente d'accéder à un statut social comparable à celui des hommes. Cette parité-là n'est évidemment pas souhaitable. Une prévention et une information spécifiques méritent d'être faites, notamment auprès des adolescentes et des jeunes adultes.

3

La **polytoxicomanie**. La consommation exclusive de vin au repas était la manière dont les générations précédentes entraient dans la dépendance. La règle aujourd'hui notamment chez les plus jeunes consommateurs est de mélanger ou d'alterner des substances avec des cocktails complexes entre des molécules qui calment, d'autres qui excitent ou d'autres enfin qui créent des sensations étranges. La multiplication des produits multiplie les dommages et les risques. **En cas de conduite automobile, les effets toxiques sur la vigilance et la prise de décision s'additionnent.**

4

La consommation de **protoxyde d'azote ou de gaz hilarant**. Cette pratique est banalisée chez près de la moitié des étudiants. Ils considèrent cette molécule comme stimulante, augmentant les émotions positives à l'occasion des fêtes. **Les dangers sont notamment des atteintes des nerfs périphériques avec des paralysies qui peuvent être durables ou irréversibles.** La prise de gaz hilarant, bien que considérée comme banale, n'est en rien une pratique distrayante ou anodine. La prévention est d'autant plus difficile que le protoxyde d'azote est facile à trouver et que ce n'est pas une molécule interdite.

5

Le **Chemsex**. Cette forme d'addiction consiste à consommer des molécules stimulant la sexualité dans des contextes notamment de prise de risque au regard des infections sexuellement transmissibles. **Les dommages potentiels concernent aussi la sécurité routière quand les personnes concernées prennent le volant intoxiquées par plusieurs produits.** Quelques consultations spécialisées abordent les personnes dépendantes au Chemsex en leur proposant de changer leur mode de vie et leur relation aux substances.





Situations concrètes d'addiction



Ces cas s'inspirent de situations réelles de patients ayant demandé un avis en consultation pour eux-mêmes ou un proche. Ils ont été complètement anonymisés pour garantir la confidentialité des personnes concernées. Le respect du secret médical a été garanti par des changements sur l'âge, le métier et la situation de famille. Les signes décrits par les différentes personnes concernées sont strictement réels.



Cas n°1

Albert et l'alcool

Albert G. âgé de 30 ans, raconte le début de sa relation avec l'alcool. En entrant dans son entreprise de miroiterie, il n'avait quasiment jamais bu ou alors quelques verres en fin de semaine. Il a été pris par les habitudes de cette entreprise. Les fins de journées se terminent autour d'un whisky. Les fins de semaine se « fêtent » au champagne. Les célébrations deviennent de plus en plus fréquentes.

Tout est prétexte à consommer de l'alcool : une bonne situation économique, une mauvaise situation économique, l'arrivée d'un collègue, la préparation des vacances, l'été, le printemps. Au départ, Albert n'a pas voulu rentrer dans la dynamique du groupe de ses collègues alcoolisés. Il préférait rester sur ses habitudes de consommation. Mais il s'est aperçu que ne pas jouer le jeu l'excluait. Il a commencé par participer aux célébrations de fin de semaine. Finalement, il était de toutes les prises d'alcool. Il y a trouvé une manière de transformer ses collègues en amis. Il explique que ces moments de convivialité sont drôles. Chacun est plus désinhibé sous l'effet de l'alcool. Le problème est qu'il rentre chez lui avec une alcoolémie positive. Il lui est même arrivé de prendre de volant après avoir bu trop d'alcool.





22 %

des automobilistes

admettent avoir déjà conduit après avoir **consommé plus de deux verres d'alcool**.

7 %

des automobilistes

admettent avoir déjà conduit après avoir **consommé 4 à 5 verres**.

Source : 21^{ème} Baromètre AXA Prévention du comportement des Français sur la route

Albert a été très étonné quand son médecin du travail lui a dit que son état correspondait à un trouble de l'usage de l'alcool. Il a effectué un bilan sanguin qui a montré une augmentation des enzymes du foie.

Le médecin du travail après avoir analysé sa situation, a rencontré l'encadrement et les collègues. Il s'est aperçu que les habitudes alcoolisées étaient un des facteurs identitaires du groupe professionnel. Il a cherché les autres facteurs de risque d'une consommation excessive d'alcool : du surmenage, de la tension, de la violence dans les relations. Il ne les a pas retrouvés.

Quels signes d'alerte ?

Ces prises d'alcool se voulaient au départ bon enfant, chez des femmes et des hommes se revendiquant comme bons vivants. En analysant la situation de près, on s'aperçoit que tous les salariés ne sont pas égaux face à ces offres d'alcool. Un tiers d'entre eux consomment plus. On retrouve chez les plus gros consommateurs :

- un stress personnel et un stress familial
- des reproches venant de l'entourage
- une tendance à l'impulsivité et à la recherche de sensations
- des antécédents familiaux de consommation d'alcool

Femmes autant que les hommes

Les prises d'alcool en excès sont par ailleurs plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Cependant les femmes dans l'effectif de l'entreprise sont elles aussi devenues des consommatrices festives régulières.



Un problème longtemps caché

Ce trouble de l'usage d'alcool est fréquent. Il est longtemps banalisé, voire même caché par les promoteurs de ces pratiques. Souvent, elles commencent à l'initiative d'un salarié qui lui-même est en difficulté avec l'alcool et se sent moins seul quand il partage ses consommations. Progressivement, des rituels s'instaurent avec à tour de rôle l'un ou l'autre apportant du vin ou des alcools forts.

Les stratégies de prévention personnelle consistent à repérer les alcoolisations devenant obligatoires et à s'y tenir à distance. Elles consistent aussi à demander un avis médical, soit au médecin du travail, soit au médecin généraliste pour mesurer les conséquences de la consommation d'alcool. Les plus marquées sont :

- des maladies du foie, hépatite ou cirrhose
- des atteintes des nerfs et du cerveau, notamment des atteintes des nerfs périphériques des jambes, appelées polynévrites
- une augmentation du risque de cancer du sein chez la femme
- et une augmentation du risque de cancer de la bouche, de l'œsophage et ORL chez l'homme et la femme surtout s'il y a en plus une prise de tabac

La prévention collective s'appuie souvent sur des interventions conjuguées de la médecine du travail et de la DRH. La réponse ne doit pas être disciplinaire mais sanitaire avec une information sur le fait que ces conduites relèvent d'un trouble de l'usage d'alcool et sur les dommages prévisibles.

Il est aussi possible, à l'intérieur de l'entreprise ou à distance, de proposer aux salariés d'échanger en groupe sur leur relation à l'alcool.

Des pots ou des moments de détente sans alcool peuvent être organisés de manière volontariste avec des cocktails sans alcool, des boissons non alcoolisées, des activités ludiques et fédératrices non associées à une consommation d'alcool.

Une information et une vigilance particulière doivent être faites sur les risques concernant la sécurité que ce soit le maniement d'engins dangereux, le manque de vigilance chez celles et ceux qui consomment et les dangers d'une conduite automobile en situation d'alcoolisation.





Cas n°2

Les faux amis d'Elisabeth contre la fatigue et les angoisses

Elisabeth travaille comme infirmière libérale. Ses journées sont de plus en plus occupées, avec une présence à son cabinet et des visites à domicile. Elle s'occupe de patients âgés, de patients atteints de maladies chroniques. Elle réalise des actes infirmiers, tant chez ses patients qu'à son cabinet. Pour garantir la rentabilité de son activité professionnelle, Elisabeth a progressivement augmenté son amplitude de travail. Elle est passée de journées de huit heures à des journées qui font maintenant douze à quatorze heures. Elle ne s'arrête de travailler que le dimanche après-midi. Et encore, dans ces moments-là, elle laisse son téléphone accessible aux patients qui pourraient avoir besoin d'elle.

Au bout d'un an, avec ce rythme de travail, Elisabeth a présenté des attaques de panique. Brutalement, elle ressentait des palpitations, une peur de mourir ou une peur de devenir folle. Elle avait l'impression que sa vie allait s'arrêter et qu'elle allait être ruinée.

Entre deux attaques de panique, Elisabeth avait peur qu'une nouvelle crise ne revienne. Elle était sans cesse sur le qui-vive. Même quand la panique n'était pas là, Elisabeth était atteinte d'un état de tension qu'un médecin généraliste consulté lui a décrit comme de l'anxiété généralisée. Elle avait la sensation d'être agitée et parfois survoltée. Elle se sentait fatiguée. Elle avait du mal à se concentrer, avec des trous de mémoire. Elle était irritable. Son corps souffrait aussi avec des muscles tendus. Par ailleurs, Elisabeth avait du mal à s'endormir et se réveillait plusieurs fois dans la nuit.

Le bilan médical complet qu'elle a réalisé n'a pas montré d'anomalie. Avec la poursuite de cet état anxieux sont arrivés des signes de burn-out avec un désintérêt pour son travail, un certain cynisme, l'impression de ne servir à rien et un manque de patience envers les patients, soit quand ils étaient en retard, soit quand ils ne se comportaient pas exactement comme elle l'attendait.



Une rencontre magique qui tourne au drame

La rencontre d'Elisabeth avec l'alcool est décrite comme magique. Elle a trouvé avec l'alcool un produit idéal, un compagnon, un confident et un psy idéal. Un verre de vin blanc faisait fondre sa fatigue. Elle se sentait détendue. Sa situation professionnelle n'était en rien améliorée. Pourtant, après le vin blanc elle l'envisageait de manière plus optimiste.

Elisabeth a aussi trouvé avec l'alcool un traitement parfait de ses difficultés d'endormissement. Un peu ivre, elle s'endort facilement. Même si elle se réveille plus souvent au milieu de la nuit et qu'elle est, le matin, plus fatiguée.

En trois semaines, Elisabeth a développé une addiction, elle a consommé tous les jours des quantités de plus en plus importantes d'alcool. En deux mois, elle arrivait à boire un litre et demi de vin blanc par jour.

En plus de l'alcool, Elisabeth a commencé à fumer. Elle a très vite fumé dès le matin. Elle a trouvé que le mélange vin blanc-cigarette était encore plus efficace. Rapidement elle en est arrivée à fumer un paquet et demi par jour.

La situation d'Elisabeth illustre les troubles de l'usage d'alcool provoqués par un état psychiatrique. Chez Elisabeth, c'est de l'anxiété. Cela peut aussi être de la dépression.

Chez une femme ou un homme ayant un trouble de l'usage de substance, les états anxieux et dépressifs et les autres problèmes psychologiques peuvent être provoqués par la substance ou être la cause du trouble de l'usage.

Les troubles mentaux peuvent se retrouver avec toutes les molécules qui donnent lieu à un trouble de l'usage. Les plus fréquents sont l'anxiété et la dépression.

Dans la situation d'Elisabeth, l'anxiété et le burn-out ont précédé le trouble de l'usage d'alcool. Dans d'autres situations, l'anxiété ou la dépression sont provoquées par le trouble de l'usage.





Une autre particularité de la situation d'Elisabeth est qu'elle illustre l'addiction chez la femme. **Les consommations d'alcool et de tabac sont de plus en plus fréquentes chez les femmes.** Elles peuvent être déclenchées par des états d'anxiété, de surmenage, de fatigue ou de dépression. Ces consommations ont longtemps été méconnues. On est habitué à repérer et traiter les problèmes d'alcool des hommes. Moins ceux des femmes. Il n'est pas rare que le trouble de l'usage d'alcool alterne avec un trouble de l'usage de médicaments détournés de leur indication principale. C'est d'ailleurs arrivé à Elisabeth. Quand elle n'avait pas de vin blanc à sa disposition, elle prenait des tranquillisants qui lui avaient été prescrits précédemment ou des somnifères. Elle retrouvait avec ces deux molécules en excès des effets d'ivresse et d'apaisement artificiels.

Prévention de l'alcool et du tabac chez les femmes

La prévention des addictions chez la femme passe par le repérage des situations les plus souvent déclenchantes :

- surmenage ou au pire burn out
- difficultés personnelles ou professionnelles
- anxiété
- dépression

Elle passe aussi par une information spécifique sur les situations propres aux femmes. La plupart des actions de prévention des troubles de l'usage d'alcool et de tabac « ciblent » plutôt des hommes.

Qui est le plus à risque ?

Les femmes les plus à risque de trouble de l'usage sont celles qui :

- ont des antécédents familiaux d'addiction
- vivent des situations de surmenage personnel ou professionnel
- vivent des situations d'isolement
- ont déjà une consommation de tabac et sont à risque d'une autre addiction de même que celles qui consomment des somnifères soit en respectant la prescription, soit en excès



Des risques féminins spécifiques et méconnus

Les dommages spécifiques de l'addiction chez la femme sont pour l'alcool le risque de cancer du sein. Il existe en effet un risque significatif mais méconnu de cancer du sein par un effet direct de l'alcool sur la prolifération de la glande mammaire.

A l'heure où la société est particulièrement vigilante sur les cas de soumission chimique et les violences physiques et sexuelles dans des situations d'emprise, le rôle de l'alcool doit être pointé. La drogue du violeur la plus souvent utilisée reste l'alcool. Elle rend les femmes qui consomment en excès moins sensibles à des signaux faibles qui pourraient leur indiquer une situation dangereuse pour leur sécurité.

Les violences physiques subies ou agies sont également déclenchées par des troubles de l'usage d'alcool.

Des associations féminines contre l'addiction

Les traitements spécifiques de l'addiction sont les mêmes chez l'homme et chez la femme. Ils peuvent faire appel à des consultations ou des hospitalisations dans les formes les plus graves.

Il existe des associations de patients spécifiquement destinées aux femmes comme **Entraid'Addict**. Par ailleurs quand les conduites d'addiction sont associées à des cas de violence professionnelle ou conjugale, les structures comme **les Maisons des Femmes** sont des relais pertinents.

Un message spécifique doit être délivré sur les risques auxquels expose la consommation d'alcool avant de prendre le volant ou d'accomplir des tâches nécessitant un maximum de concentration.





Cas n°3

Les drogues multiples de Malcolm

Malcolm a vingt ans. Depuis l'âge de 13 ans ses parents le considèrent comme « intenable ». A l'école il ne respectait pas les heures de début des cours. Il a été renvoyé plusieurs fois. À 17 ans sont apparus des comportements plus nettement délictueux avec des vols de gravité croissante, des arrestations avec de la prison ferme en comparution immédiate. Malcolm depuis maintenant trois ans s'isole. Les seuls moments où il rencontre des amis sont des fêtes pendant lesquelles il prend selon ses propres termes tout ce qu'on lui propose : des opiacés, du cannabis, de la cocaïne.

À la recherche de toutes les ivresses

Au départ Malcolm aimait la sensation d'ivresse avec ses amis. Maintenant, même entre deux fêtes, il essaye d'obtenir des opiacés, du cannabis et autant que possible de la cocaïne. Le prétexte d'une fête ne lui est plus nécessaire.

Quand Malcolm prend du cannabis, il ressent de l'euphorie, parfois de l'anxiété, ce qu'il appelle un bad trip. Il a l'impression que le temps se ralentit. Son jugement s'altère et il se replie sur lui-même. Il a aussi repéré qu'il avait les conjonctives injectées sous les yeux rouges, qu'il n'avait plus d'appétit, la bouche sèche et le cœur qui battait vite. Il lui est même arrivé, sous cannabis, d'avoir des hallucinations, c'est-à-dire d'entendre des voix.

Quand le trip est, comme il le dit, agréable, il perçoit plus intensément la musique, trouve les remarques des personnes qu'il croise en soirée plus drôles. Depuis peu, il lui arrive de consommer du cannabis toute la journée quand il en a assez. Il passe plusieurs heures par jour sous son influence.

La consommation de cannabis aggrave les problèmes scolaires qu'il avait au départ. Il a interrompu son lycée sans aller jusqu'au bac.





Quand il a trouvé un stage chez un carrossier, ses absences répétées ont fait qu'il a été licencié.

Sous cannabis, il prend plus de risques qu'en l'absence de toxique. Il lui est arrivé de conduire une voiture sans respecter le code de la route. Ses amis le décrivent comme colérique et ses parents ne le reconnaissent pas quand il a pris un produit.

7 % des Français admettent avoir déjà consommé des stupéfiants avant de conduire

Ce chiffre s'élève à 12 % pour les 18-34 ans. Ils sont d'ailleurs 35 % à connaître au moins une personne ayant déjà conduit sous stupéfiants.

43 % des consommateurs de stupéfiants âgés de 18 à 34 ans estiment que ces substances peuvent avoir **un effet bénéfique sur leur conduite ou leur vigilance au volant.**

Source : 21^{ème} Baromètre AXA Prévention du comportement des Français sur la route

Malcolm ressent aussi une humeur instable, avec des moments d'abattement et des moments d'excitation, une énergie fluctuante. Il éprouve des descentes au moment où le taux de cannabis diminue.

La situation de Malcolm s'est aggravée quand en plus du cannabis, il a, comme il le dit, plongé dans la cocaïne. Le mélange des deux crée des états qui lui plaisent mais le mettent doublement en danger.

Les effets de la cocaïne : une euphorie dangereuse

Les signes de la consommation de cocaïne sont eux aussi bien connus. Comme la consommation de cocaïne est considérée comme agréable, il existe une forte envie de cocaïne.

Le comportement agressif ou violent est courant quand la cocaïne est ingérée, fumée ou injectée.



Parfois l'effet est agréable, parfois le consommateur ressent une anxiété comme un trouble panique avec une peur de mourir et une peur de devenir fou. Il peut aussi exister des états délirants.

Les consommateurs de cocaïne sont exposés enfin à un discours incohérent, des maux de tête, des acouphènes ou sifflements dans les oreilles, l'impression que le monde leur en veut avec des idées de persécution, des voix, un comportement menaçant, des idées de suicide, une perte d'envie.

Malcolm a enfin éprouvé ce qu'il appelait une envie réflexe. Dès qu'il voit de la cocaïne ou dès qu'on lui en parle, une envie très forte l'envahit. La répétition des consommations aboutit à une perte de poids, à une fatigue, une faiblesse des muscles. Il peut aussi exister des crises d'épilepsie et des pertes de connaissance jusqu'au coma.

Un profil à risque de cocaïne

Les personnalités les plus à risque de consommer du cannabis ou de la cocaïne, sont ceux qui ont dès l'enfance eu des troubles du comportement et ceux qui, adultes, ont des conduites que l'on appelle antisociales (vols, transgressions, incapacité de se conformer aux normes, mensonges).

Les consommations de cocaïne et de cannabis sont chez les jeunes gens souvent associées. On retrouve aussi dans les déterminants l'échec scolaire, le tabagisme, l'instabilité dans la famille, l'usage de cannabis ou de cocaïne parmi les parents proches, les antécédents familiaux de trouble de l'usage, la facilité d'accès.

Les facteurs génétiques sont importants pour les troubles de l'usage de cannabis. Ils contribuent à pour 30 à 80% du risque. Les effets génétiques et de l'environnement s'additionnent

Il est possible de doser les métabolites ou résidus de cannabis. Ce dosage peut se faire dans les urines.

Les complications les plus graves du cannabis et de la cocaïne

Dans le trouble de l'usage de cocaïne, les complications les plus graves sont la désocialisation, les maladies cardiaques avec notamment des infarctus induits par la cocaïne, les délires de persécution quand la consommation répétée de cocaïne altère la



relation à la réalité.

Avec le cannabis, la conséquence la plus grave s'appelle le syndrome amotivationnel. Il en résulte une perte d'efficacité à l'école, des problèmes d'emploi, un isolement. On oublie volontiers l'effet toxique du cannabis sur la conduite. Les accidents sont particulièrement fréquents et graves chez celles et ceux qui consomment du cannabis. Ils peuvent se voir en voiture. Ils peuvent se voir aussi dans des activités sportives, de loisirs ou professionnelles.

La fumée de cannabis enfin contient des taux importants de substances cancérigènes qui exposent les consommateurs chroniques à des maladies des poumons comparables à celles retrouvées chez les fumeurs de tabac.

Les psychoses chroniques, appelées schizophrénie avec des délires et un retrait social, peuvent être induits par un trouble de l'usage du cannabis.

Cocaïne et addiction : des consommations dont on peut sortir

Les traitements de ces comportements associant plusieurs substances se font le plus souvent en milieu hospitalier et en centre spécialisé. Ils sont rendus difficiles par le caractère impulsif de la personnalité des patients qui refusent les soins. Il n'existe pas de médicament faisant disparaître l'envie ou le besoin de cocaïne ou de cannabis.

Les groupes sont souvent mieux acceptés et permettent de démarrer un traitement ou de consolider l'effet d'une hospitalisation.

La prévention consiste à ne pas banaliser la consommation de cannabis ou de cocaïne, à informer sur les dangers. Ces dangers, on le voit, concernent la consommation chronique ou trouble de l'usage. Une consommation ponctuelle altère aussi la sécurité, notamment des conducteurs de véhicules. Dès les premières consommations, un avis peut être demandé auprès d'un spécialiste des addictions.





Cas n°4

Les fringales d'Emma

Emma a cinquante ans. Elle ne parle presque jamais de ce qu'elle appelle sa « petite faiblesse ». Depuis l'âge de vingt ans, Emma est boulimique. Elle peut, en une heure, manger plusieurs croissants, près de dix beignets, une tablette de chocolat, quelques gâteaux et se faire vomir après, tant son ventre est tendu et douloureux. Chez elle, il lui est même arrivé de se jeter sur des aliments peu agréables, comme de la farine ou des boîtes de conserve qu'elle ne prend pas le temps de réchauffer. A chaque fois la séquence est la même. Elle ressent un vide, une envie irrésistible, elle se précipite sur la nourriture et elle finit par se faire vomir. La crise qui a commencé dans l'euphorie ou la consolation se termine dans la désolation.

Le contexte émotionnel est celui d'une grande culpabilité. Emma a honte d'elle et de son incapacité à contrôler son comportement. Avant d'être boulimique, Emma souffrait d'anorexie. Elle mangeait le moins possible, au point que ses règles s'étaient arrêtées. Quand elle trouvait qu'elle avait trop de poids, elle abusait en plus de laxatifs et de diurétiques, au risque de perturber le fonctionnement de son corps.

Plus qu'une gloutonnerie

Les signes cliniques de la boulimie sont maintenant bien connus. La boulimie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Elle se définit par des accès de gloutonnerie. Pendant ces accès, les boulimiques mangent par exemple en moins de deux heures une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. Il existe une impression de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise. Il est classique que les boulimiques disent qu'ils ont l'impression qu'ils ne pourront jamais s'arrêter de manger ou ils ne pourront pas contrôler ce qu'ils mangent ou la quantité de nourriture.



Un indicateur de perte de contrôle est l'incapacité à se retenir ou à arrêter de manger une fois qu'ils ont commencé. C'est le syndrome de la part de pizza. J'en prends une et je dois la terminer, puis en manger une deuxième.

Tout pour garder un poids normal

Pour compenser les effets des accès de glotonnerie ou d'hyperphagie, les boulimiques adoptent des comportements qui leur font perdre du poids. On retrouve parmi ces comportements des vomissements provoqués, un emploi de laxatifs, de diurétiques, des périodes de jeûne ou d'exercice physique excessif.

Certains boulimiques ont un mode alimentaire incontrôlé. Ils mangent de manière anarchique et tentent de manière tout aussi anarchique de contrôler leur poids.

Une faim et de la honte

Si la boulimie met longtemps à être reconnue et traitée, c'est que les personnes qui en sont atteintes éprouvent de la honte et qu'elles essayent de cacher leurs symptômes. Les boulimiques font toujours leurs accès seuls, de la manière la plus discrète possible.

Les crises boulimiques ne surviennent pas toutes « pour rien ». Elles peuvent arriver après un moment de tension, de tristesse ou après un conflit. Les vomissements sont habituels. Quelquefois le vomissement devient une fin en soi. L'homme ou la femme boulimique mange dans le but de se faire vomir après le repas.

Les fausses croyances sur la minceur

Quand on demande à une personne boulimique comment elle se considère, l'image qu'elle a d'elle-même dépend de son poids. Elle accorde une importance excessive à la forme de son corps. Pour elle, tout dépend du poids et du corps. Chez les femmes, les boulimies provoquent des règles irrégulières ou une absence de règles.

Même si elle est cachée, cette situation est fréquente. Elle touche de 1 à 1,5 % des jeunes femmes. Chez les hommes la boulimie est dix fois moins fréquente.

Il est rare que la boulimie se poursuive comme chez Emma jusque 50 ans. Souvent, elle s'arrête autour de 40 ans.





Qui est le plus à risque de boulimie ?

Les facteurs de risque de boulimie sont :

- le genre féminin
- l'extrême préoccupation liée au poids
- une mauvaise estime de soi
- une dépression
- une anxiété sociale (timidité, retrait) ou en groupe
- une anxiété dans l'enfance

L'idéal d'un corps parfait et mince augmente la préoccupation liée au poids et le risque de boulimie. Les jeunes femmes ayant subi dans leur enfance des agressions physiques ou des abus sexuels sont plus à risque de boulimie.

Il n'est pas rare qu'entre deux accès boulimiques, les personnes concernées consomment de l'alcool. Elles peuvent aussi prendre des tranquillisants détournés de leur usage.

Les drogués de la faim : l'anorexie

L'autre trouble du comportement alimentaire qui est intégré dans les addictions est l'anorexie mentale. Il consiste à réduire ses apports énergétiques pour avoir un poids bas. Il s'accompagne d'une peur intense de prendre du poids et d'une altération de la perception à la fois de son poids et de la forme de son corps. Les anorexiques, même quand ils sont très maigres, continuent à se trouver en surpoids.

La boulimie et l'anorexie vont souvent de pair. De même que la consommation d'alcool ou de médicaments détournés de leur usage.

Qui sont les plus exposés à l'anorexie ?

Parmi les facteurs de risque, en sus de ceux liés à la boulimie, se retrouvent :

- l'anxiété
- la personnalité obsessionnelle (besoin de contrôle, de maîtrise, vérification)

Les publicités pour des grandes marques présentant des mannequins très maigres et tout ce qui valorise la maigreur augmente le risque d'anorexie.

Situations concrètes



Les représentations du corps à travers l'usage des réseaux sociaux et l'image idéale qu'ils envoient (*le body image*) exercent également une influence non négligeable sur l'apparition de ces troubles alimentaires.

L'anorexie mentale peut entraîner une mort prématurée, souvent due à des complications ou au suicide, et elle est associée à une mortalité plus élevée que n'importe quel autre trouble mental.

Source : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Septembre 2025

Les facteurs génétiques sont présents.

Une restriction qui fait du mal au corps et à l'esprit

L'anorexie mentale a des conséquences graves sur le corps, avec une modification de la formule sanguine (diminution des globules blancs), une déshydratation, une perte de potassium. Le cœur peut être ralenti avec des troubles du rythme encore plus graves. Les os perdent de leur densité avec une risque d'ostéoporose.

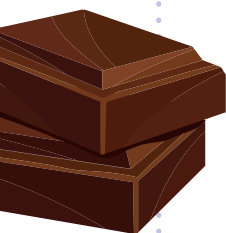
Toujours au niveau physique l'arrêt des règles est habituel. C'est un marqueur des conséquences physiques de l'anorexie.

Mieux vaut prévenir avant les dommages

Les traitements se font dans un milieu spécialisé.

La prévention consiste chez les plus jeunes à ne pas cultiver une obsession sur la forme du corps ou sur le poids corporel et à ne pas considérer toute variation de poids comme un drame. La croyance liant estime de soi et poids peut et doit être repérée dans une logique de prévention. Les influences sur Internet sont elles aussi déterminantes avec des défis conduisant à des aberrations dans le comportement alimentaire.

Un des facteurs de risque notamment d'anorexie mentale est le fait de commencer un régime qui marche trop bien et se poursuit sur un mode d'addiction au régime.





Cas n°5

Les paris perdus de Laurent

Laurent a 40 ans et il s'est ruiné au jeu. Il avait commencé à jouer avec son père sur les champs de courses. Il pariait sur les chevaux. Il est passé ensuite aux paris sportifs, aux jeux en ligne et aux jeux dans les casinos. Pour continuer à jouer, Laurent a emprunté de l'argent à son entourage et il a contracté des crédits qu'il n'a jamais pu rembourser. Son addiction au jeu l'a conduit à accumuler les dettes. Ce n'est qu'en dernier recours qu'il a accepté de se faire soigner.

Le jeu d'argent a commencé chez Laurent à l'adolescence. Il a progressivement augmenté son niveau de paris, jouant de plus en plus souvent et de plus en plus d'argent. Laurent est passé d'un jeu à un autre. Il y a eu une période où il achetait tous les jours des tickets à gratter. A d'autres moments, il préférerait le casino, ses machines à sous, ses tables de poker et de blackjack. Après avoir joué avec son père il a trouvé des amis pour l'accompagner dans des salles de jeu et dans des casinos.

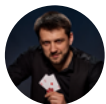
Au moment où il joue ou juste après, Laurent consomme de l'alcool, de la cocaïne et du cannabis. Il trouve que ces substances renforcent l'effet du jeu. Elles ont aussi tendance à augmenter son besoin de jouer.

Les signes d'une addiction au jeu

Les critères du jeu pathologique d'argent ou de l'addiction au jeu sont :

- le besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour obtenir le même état d'excitation
- l'agitation ou l'irritabilité quand on essaye de diminuer ou d'arrêter de jouer
- les efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter de pratiquer le jeu
- une préoccupation par le jeu : on se souvient des expériences de jeu, on prévoit de nouveaux jeux





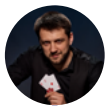
- la tendance à jouer dans les moments de souffrance, par exemple de mal-être, d'anxiété, de culpabilité, de tristesse
- le fait, après avoir perdu au jeu, de retourner jouer pour se refaire. Ce critère est très distinctif des joueurs normaux et pathologiques. Celui ou celle qui s'est fait piéger un jour au casino n'aura pas envie de rejouer le lendemain
- les mensonges pour dissimuler l'ampleur réelle des habitudes de jeu
- le fait de mettre en danger des relations affectives, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu
- les conjoints de joueurs sont souvent les premières victimes de l'addiction
- le fait de compter sur les autres pour obtenir de l'argent et de sortir de situations financières désespérées liées au jeu

De fausses croyances qui ruinent

La base psychologique du jeu est l'envie de risquer ses économies, ses ressources dans l'espoir d'obtenir quelque chose d'une encore plus grande valeur. On retrouve aussi chez les joueurs l'impression qu'ils peuvent maîtriser le hasard et que le sort, même s'il ne leur est pas favorable une fois, leur sera la fois suivante. Ils croient en la loi des séries et en leur capacité à prédire, par exemple, l'arrivée des chevaux lors d'une course.

Les joueurs ont régulièrement des stratégies, par exemple des suites de chiffres, des jours qu'ils considèrent avec une bonne chance ou une mauvaise chance. Étonnamment, ils n'abandonnent pas leurs stratégies, même quand celle-ci les conduisent à perdre beaucoup d'argent.

La pensée du joueur est particulière. Il dénie la gravité du jeu. Il dénie ses pertes. Il a des superstitions. Il a l'impression de pouvoir contrôler les événements en lien avec le jeu. Il s'est constitué une relation personnelle aux probabilités et au hasard avec des pensées que l'on appelle magiques ou superstitieuses.



Qui est le plus à risque de jouer trop ?

La fréquence du jeu d'argent varie entre 0,2 et 0,3 % en population générale. Sur toute la vie, elle concerne 0,4 à 1 %. Elle est moins fréquente chez les femmes (0,2 %) que chez les hommes (0,6 %).

Les personnes les plus à risque de jeu d'argent sont maintenant reconnues. Ce comportement est plus fréquent chez les femmes et les hommes impulsifs, déprimés. Celles et ceux qui consomment de l'alcool ou du cannabis sont aussi plus exposés au jeu. Il existe des facteurs familiaux et génétiques. Le jeu est plus fréquent quand on a des parents joueurs ou des frères et sœurs qui eux aussi jouent.

Le jeu peut altérer les performances tant au lycée, à l'université qu'au travail. Il est plus important que tout le reste. Aucune activité n'est aussi séduisante ou excitante que le jeu. Donc pour jouer, on peut négliger ses obligations professionnelles ou des recommandations de sécurité.

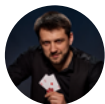
Un jeu toxique pour le cœur

Les conséquences du jeu pathologique sur la santé sont connues. Certains joueurs ont le cœur qui bat rapidement (tachycardie). Ils peuvent aussi avoir des maladies coronariennes (angor ou infarctus). Le tabac va souvent de pair avec le jeu, les complications du tabac sur les poumons et sur le cœur aggravent les effets du jeu.

Une addiction qui peut se prévenir...

La prévention du jeu consiste surtout à protéger les plus jeunes des situations où ils parient ou jouent. Les paris sportifs peuvent représenter un mode d'entrée particulièrement traître dans le comportement de jeu. Les jeux d'argent sont interdits par la loi aux mineurs. Cette interdiction a vocation à être respectée dans une logique de prévention. La prévention tient aussi à un encadrement, comme avec l'alcool, de la publicité. Les publicités ciblant les jeunes avec le sport et les paris sportifs sont particulièrement toxiques.





...Et se traiter

Le traitement du jeu consiste à travailler sur les croyances (maîtrise du sort, impression qu'on gagne de l'argent alors qu'on en perd). Les aides se font en consultation individuelle, en groupe ou avec des associations d'anciens joueurs.

Le traitement consiste aussi à rechercher les facteurs déclenchants. Certains, quand ils jouent au casino par exemple, peuvent se faire interdire d'entrée dans les endroits où ils sont les plus exposés. Le traitement du jeu consiste aussi à trouver les troubles psychiatriques associés qui peuvent être des états anxieux ou dépressifs et à les traiter.

Aucun médicament n'agit de manière reconnue ou efficace sur le comportement de jeu d'argent. Les groupes et la psychothérapie restent les méthodes les plus efficaces.





Cas n°6

Quand les antalgiques deviennent des drogues

Simone a 65 ans. Elle est tombée chez elle dans ses escaliers. Son médecin a fait faire des radiologies et d'autres examens. Il n'a pas trouvé de signe inquiétant. Pour diminuer les douleurs qui l'empêchaient de dormir, il a prescrit à Simone des antalgiques opiacés. Ces médicaments sont très efficaces contre les douleurs. Ils contiennent des dérivés de la morphine qui calment rapidement et efficacement les douleurs. Au départ, Simone était réticente à l'idée de prendre un traitement quand elle avait mal. Adeptes de la médecine dite naturelle, elle préfère une médecine dite douce ou « holistique ». Mais très vite, les opiacés lui ont fait du bien. Ils lui ont permis de mieux dormir et de mieux marcher.

Le problème est que Simone a aussi ressenti un effet euphorisant de ces médicaments. Elle a demandé à son médecin généraliste de les lui prescrire pour un mois supplémentaire. Le médecin a suivi sa demande. Sans trop s'en rendre compte, elle a augmenté les doses doublant ce que lui avait conseillé son médecin.

Du soulagement à l'addiction

Trois mois plus tard, Simone souffre d'une dépendance à ses antalgiques. Sans s'en apercevoir, elle a constitué un trouble de l'usage des opiacés. Elle se sent mal aujourd'hui quand elle n'en a pas à sa portée et pas seulement à cause des douleurs, mais parce qu'elle a vraiment l'impression qu'elle en a psychologiquement besoin. Elle est prête à falsifier des ordonnances ou trouver des pharmaciens complaisants pour obtenir le plus d'antalgiques contenant des opiacés possibles.

Simone a même consulté un deuxième médecin généraliste sans prévenir le sien pour obtenir des ordonnances supplémentaires. Elle simule des douleurs pour avoir encore plus de médicaments.



Désormais, Simone a développé une tolérance aux opiacés. Son corps et son esprit s'y habituent. Les premières prises d'antalgiques l'endormaient et lui donnaient l'impression d'être sédatée, dans la ouate ou le « potage ». Aujourd'hui, elle les tolère de mieux en mieux. Simone se surprend aussi à regarder sa boîte d'opiacés avec beaucoup d'intérêt. Elle éprouve, comme les autres patients présentant un trouble de l'usage, une forte envie de consommer ces produits.

Sa famille se rend compte de son changement de comportement. Elle est moins active, elle dort dans la journée.

Une épidémie aux Etats-Unis qui menace la France

Il y a aujourd'hui deux manières d'entrer dans le trouble de l'usage d'opiacés :

- soit la consommation d'héroïne fournie dans un circuit illégal
- soit le mésusage d'antalgiques. Aux Etats-Unis, le Fentanyl et les autres antalgiques font l'objet d'une particulière vigilance au regard des troubles de l'usage qu'ils induisent

Cette surconsommation d'antalgiques, souvent cachée et méconnue, concerne 1 % de la population. Elle est d'autant plus « discrète » qu'elle survient chez des personnes âgées n'ayant pas les caractéristiques évidentes d'un toxicomane à l'héroïne.

Des antalgiques à haut risque

Les conséquences médicales de la consommation d'opiacés sont multiples. Les personnes ayant un trouble de l'usage ont la bouche sèche, le nez sec. Le ralentissement de l'activité de l'intestin provoque une constipation sévère. La constipation est d'autant plus forte que les consommateurs sont âgés.

Il n'existe pas, comme dans les troubles de l'usage induits par l'héroïne de risque d'overdose avec des comas. Les dommages sont plus chroniques en cas de surconsommation d'antalgiques opiacés. Le trouble de l'usage d'opiacés provoque aussi des risques en voiture avec une diminution de la vigilance, une augmentation du temps de réaction. Il augmente la fréquence des comportements violents ou inadaptés.



Quand les personnes ayant un trouble de l'usage d'opiacés n'ont plus leur molécule à disposition, elles peuvent éprouver des nausées, des vomissements, une tristesse, des douleurs dans les muscles, de la diarrhée, des bâillements, de la fièvre et de l'insomnie. Souvent elles ne rapportent pas leurs difficultés à la dépendance aux opiacés dont elles n'ont pas toujours conscience.

Une escalade vers d'autres produits

La surconsommation d'opiacés s'associe aussi à un trouble de l'usage d'alcool, un trouble de l'usage d'hypnotiques. Simone en est un exemple. En plus de sa prise d'antalgiques, elle a augmenté les doses de ses traitements pour dormir. Quand elle en a à disposition, elle prend des calmants pour augmenter les effets. Les personnes les plus à risque sont celles qui ont reçu une prescription d'antalgiques sans avoir été informées du risque de trouble de l'usage induit par cette prescription. Si en plus elles ont des antécédents de trouble de l'usage d'alcool ou de tabac, le risque est encore plus grand.

Comment en sortir ?

L'intervention sur ces situations consiste à proposer un sevrage tout en évitant les complications de ce sevrage. La prévention en passe par une limitation dans le temps des traitements antalgiques à base d'opiacés. Il faut aussi penser à ce trouble de l'usage chez des femmes ou des hommes qui n'ont pas d'histoire d'addiction et ne correspondent pas au profil classique des « toxicomanes ». Ils ont seulement été piégés par un produit qui au départ les a soulagés puis les a séduits. La vigilance quant au risque automobile est particulièrement forte chez des personnes bien intégrées et qui en général conduisent leur propre véhicule.



En plus des antalgiques, liste des principaux médicaments détournés de leur usage

Anxiolytiques (benzodiazépines) :

Produits calmants mais donnant des ivresses à fortes doses.

Hypnotiques (molécules qui font dormir) :

Recherche de sommeil ou d'ivresses quand les doses augmentent.

Stimulants :

Faux amis qui commencent par augmenter les capacités de travail et de concentration mais qui très vite épuisent et rendent dépendants.





Cas n°7

L'Internet plus que la vie réelle

Isabelle a toujours été passionnée par les mathématiques et l'informatique. Elle a l'oreille collée à son téléphone portable. Elle dispose de plusieurs profils sur les réseaux sociaux. Ses amis se retrouvent plus souvent en ligne que dans la vie réelle. Ses parents l'ont certes alertée des dangers de cette hyper connexion. Elle explique que c'est plus fort qu'elle. Elle passe aussi des soirées à des jeux de rôle en ligne.

Aujourd'hui, l'addiction au téléphone portable n'est pas reconnue avec des critères précis. Elle ne correspond pas à une catégorie de la classification américaine du DSM ou de celle de l'Organisation Mondiale de la santé. Le sujet est plus traité de manière sociologique. Il devient banal de dire que les adolescents sont accros à leur portable. Le portable étant tellement utilisé pour des activités diverses qu'il est difficile de faire la différence entre un usage normal et un trouble de l'usage.

Des jeux envahissants

Les jeux sur Internet font eux l'objet d'une addiction plus définie que l'addiction au téléphone. S'ils deviennent l'activité dominante d'une ou d'un adolescent, on peut se poser la question d'un trouble de l'usage. Dans la définition, les jeux sur Internet sont différents des jeux d'argent en ligne qui eux font partie du jeu d'argent pathologique. Il est possible de retrouver, quand l'accès au jeu sur Internet est supprimé, de vrais signes de sevrage. Isabelle se sent ainsi irritable, anxieuse et triste quand elle ne peut pas se connecter à ses jeux préférés ou ses réseaux sociaux.

Comme avec une drogue classique, on observe aussi de la tolérance avec un besoin de se connecter de plus en plus longtemps pour jouer de plus en plus souvent. Il n'est pas possible de réduire la consommation.



L'impact sur la vie réelle ou hors Internet est rapide. Toutes les activités dans la vraie vie sont moins investies et apparaissent moins intéressantes que ce qui se joue en ligne. Les rituels sociaux, les sorties, les déjeuners n'ont plus de sens. Les journées se passent entièrement face à un écran.

Isabelle le dit bien. Quand elle est assise devant son écran ou avec son téléphone, plus rien n'existe, plus rien d'autre ne l'intéresse.

Le comportement alimentaire est impacté. Isabelle alterne les moments où elle ne mange pas tant elle est passionnée par ses réseaux et ses jeux, et des temps où elle se gave de nourritures hautement caloriques et assez malsaines pour la santé.

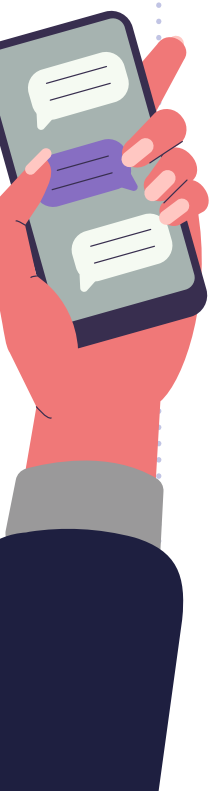
Les performances scolaires et professionnelles sont souvent perturbées. Le fait de jouer jour et nuit s'accompagne aussi de troubles du sommeil. Et le lendemain, on se retrouve moins performant que ce soit au lycée, à l'université ou dans la vie professionnelle.

Les jeunes à risque

Les adolescents les plus à risque de cette addiction aux jeux et aux réseaux sociaux sont ceux qui restent seuls face à une connexion et ceux qui ont commencé le plus tôt à investir l'Internet plus que la vie réelle. Les garçons sont plus à risque que les femmes. Sont souvent à risque aussi celles et ceux qui fument ou boivent de l'alcool. Il existe en effet un profil global d'exposition au trouble de l'usage.

Un comportement difficile à mettre à distance

Les stratégies de prévention consistent chez les plus jeunes à interdire les écrans avant trois ans, à encadrer le plus possible l'usage des écrans, des jeux et des réseaux jusqu'à la majorité. Un nombre de plus en plus élevé d'écoles interdisent les téléphones pendant les cours. Mais il reste illusoire de protéger complètement les adolescents de toutes les actions et sollicitations de l'Internet et des réseaux sociaux.



Situations concrètes



Les interventions ou les soins sont difficiles. Les adolescents et les adultes jeunes ont tendance à banaliser leur conduite, à la considérer comme en lien avec l'air du temps. Le traitement fait appel à des centres spécialisés qui vont envisager l'ensemble des addictions souvent associées, que ce soit l'alcool, le tabac et le cannabis. La thérapie pour les addictions à Internet apprend aux plus jeunes à réinvestir :

- les relations dans la « vraie vie »
- les activités physiques
- les moments de partage avec leur famille ou leurs amis

Elle agit comme une thérapie par concurrence montrant aux plus jeunes des activités réelles aussi attrayantes et même plus tentantes que ce que leur offre l'Internet.





Cas n°8

Un mélange de café, de tabac et de cannabis

Paul a des journées harassantes. Il dirige une agence de communication. Il commence très tôt le matin et finit tard le soir. Il a besoin de se stimuler en permanence et de lutter contre la fatigue. Pour cela, il boit des quantités excessives de café. Quand en fin de semaine, il en boit moins, il ressent un véritable manque. La consommation de café finit par perturber sa santé. Il souffre de palpitations. Il a des douleurs dans le ventre, attribuées à une inflammation de l'estomac (gastrite). Il urine très souvent. Il se plaint aussi d'anxiété. Son sommeil est difficile. Les soirées sont aussi des moments où il prend du café. Il lui arrive, au milieu de la journée, après avoir pris une dizaine de tasses, d'avoir encore besoin d'un café. Bien qu'il sache que sa consommation de café est toxique pour sa santé, il n'arrive pas à la réduire.

A chaque fois qu'il prend un café, Paul fume une cigarette.

Depuis peu, Paul a découvert que le fait de fumer « un peu » de cannabis le soir bloquait les effets excitants du café. Ses journées alternent maintenant entre un excès de café jusqu'au début de la soirée, et du cannabis la nuit dans l'espoir de dormir.

Évidemment les effets calmants du cannabis ne durent pas. Les nuits de Paul sont perturbées avec des réveils multiples et des cauchemars.





Quand le café devient une addiction

Le trouble de l'usage de la caféine est maintenant reconnu. Il concerne seulement 9 % des buveurs de café réguliers. Les personnes à plus haut risque de trouble de l'usage sont ceux qui ont aussi un mésusage d'alcool ou de drogue illicite. Il existe de manière étonnante un facteur génétique qui détermine entre 35 % et 77 % du risque.

Les symptômes de sevrage du café disparaissent dans les 30 à 60 minutes suivant la reprise d'une tasse de café.

La consommation de café est souvent liée à celle de la cigarette. Ces deux consommations sont associées dans la journée par exemple à la fin du repas.

Les signes des troubles de l'usage de cannabis ont été décrits à l'occasion d'une situation précédente. Ils sont associés à la consommation de café, mais surtout à la prise d'alcool (40 %) et de cocaïne (12 %).

Le manque de cannabis

Quand Paul a dû interrompre le cannabis, il a ressenti une irritabilité, des moments de colère, de l'agressivité. Il se sentait nerveux et anxieux. Les troubles du sommeil que le cannabis avait en apparence corrigés sont devenus encore plus graves, avec des cauchemars. Il s'est senti aussi triste et il avait mal à la tête. Il ne pouvait pas le soir, les compenser en prenant du café. Les quelques fois où il a essayé, il a vu son sommeil se perturber.

Les personnes les plus à risque de consommation de cannabis sont les adolescents, les jeunes adultes, celles et ceux qui ont un trouble de l'usage de l'alcool ou de substances illégales.

Chez l'adulte, il est possible que persiste une consommation le soir, par exemple une ou deux fois par semaine du cannabis. La consommation précoce de cannabis avant l'âge de 15 ans est un facteur de risque de trouble de l'usage de cannabis à l'âge adulte. Les effets de la fatigue à l'arrêt de la caféine et les effets du cannabis sur la vigilance exposent à un taux sévère d'accident de la route.



Le manque de café

La caféine n'est pas une addiction aussi sévère que les autres. Pourtant, le sevrage de la caféine peut ressembler à une migraine ou à une infection virale, avec de la nervosité. Le manque de café est plus banal chez celles et ceux qui ne s'imaginent pas terminer un repas sans leur boisson chaude préférée.

Les symptômes de sevrage en café commencent 12 à 24 heures après la dernière dose de caféine et ils atteignent leur pic après un ou deux jours d'abstinence. Les symptômes les plus classiques sont les maux de tête ou céphalées de sevrage qui peuvent durer jusqu'à 21 jours.

La caféine est une molécule assez unique dans la mesure où elle est consommée chez les personnes de presque tout âge. Une nouvelle manière de consommer de la caféine est maintenant de la prendre dans des boissons dites énergisantes à forte teneur en caféine.

Aucune consommation de tabac n'est « normale »

Paul consomme aussi du tabac. Presque tous les consommateurs de tabac présentent un trouble de l'usage et une dépendance. Il est en effet très difficile de consommer du tabac de manière ponctuelle sans développer une dépendance à la fois physique et psychologique.

Les fumeurs expliquent qu'ils continuent à fumer malgré des maladies en rapport avec le tabac comme des atteintes des poumons.

La grande majorité d'entre eux ont une envie impérieuse de fumer quand ils ne fument pas pendant plusieurs heures. Il peut leur arriver alors de fumer cigarette sur cigarette, ce qui s'appelle une consommation en chaîne. Mais comme le tabac est facilement accessible, ils sont rarement en manque. Il peut arriver malgré tout qu'un fumeur renonce à une activité dans laquelle il ne pourra pas fumer. Il existe aussi des conflits à l'intérieur de la famille avec un conjoint non-fumeur.

La famille souffre du tabagisme

Le conjoint fumeur ou non-fumeur peut pointer la dangerosité physique du fait de fumer : fumer au lit, fumer à proximité de produits inflammables, exposer le conjoint et/ou les enfants au tabagisme passif.





Les signes d'un trouble de l'usage de tabac sont le fait de fumer dans les trente minutes suivant le réveil, de fumer tous les jours, de fumer de plus en plus chaque jour, de se réveiller la nuit pour fumer.

Les signes auxquels sont exposés les fumeurs sont la toux, l'essoufflement, le vieillissement de la peau.

La fréquence du tabagisme reste élevée, entre 10 et 15 % de la population générale.

L'initiation du tabagisme se fait en général tôt, aux environs de 18 ans.

Un manque de tabac qui énerve

Quand un dépendant du tabac arrête de fumer, il ressent de l'irritabilité, de la frustration, de la colère, de l'anxiété, des difficultés à se concentrer, une augmentation de l'appétit, une fébrilité et une humeur dépressive. Même s'il sait que l'arrêt du tabac lui fait du bien, le fumeur qui arrête éprouve un malaise qui peut le conduire à rechuter.

Près de la moitié des utilisateurs de tabac qui arrêtent de consommer pendant plus de deux jours souffrent de signes de sevrage. Le repérage se fait soit en dosant le monoxyde de carbone dans l'air expiré, soit en demandant aux personnes si elles fument ou non du tabac.

La dépendance à la nicotine se prévient et se soigne

Le traitement fait appel à des psychothérapies et des substituts nicotiniques. La prévention consiste à réduire l'accès au tabac notamment en entreprise et notamment dans les lieux autorisant la cigarette.

Pour ce qui est de la prévention de l'addiction à la caféine, une information peut être faite, soit au niveau individuel, soit dans les universités, soit en entreprise. Cette prévention se doit aussi de rappeler que le café n'est pas une « drogue » aussi toxique que bien d'autres substances psycho-actives.



Cas n°9

Un gaz hilarant dangereux

Sophie a découvert dans les fêtes le protoxyde d'azote. Elle inhale le produit et en ressent des effets euphorisants. Elle trouve même amusant le fait que le protoxyde d'azote modifie sa voix. L'usage que fait Sophie du protoxyde d'azote est exclusivement festif. Il n'en demeure pas moins dangereux.

Une consommation fréquente et banalisée

25 % des étudiants ont déjà consommé du protoxyde d'azote.

Chez l'adolescent :

5,5 % des élèves de troisième disent en avoir consommé.

L'âge moyen des consommateurs est de 22 ans. Un signalement sur dix concerne cependant les mineurs. Le nombre de cas a été multiplié par dix en cinq ans.

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) Septembre 2022



Des dangers insuffisamment connus

Les dangers du protoxyde d'azote sont aussi graves que méconnus. Au début, les jeunes peuvent s'asphyxier par manque d'oxygène s'ils en prennent trop, perdre connaissance. Ils peuvent aussi être brûlés par le froid du gaz expulsé. Ils peuvent être désorientés, faire des vertiges et des chutes. Le risque d'accident est bien sur augmenté s'ils conduisent un véhicule sous l'effet du protoxyde d'azote.

Situations concrètes



En cas de consommation répétée, d'autres complications apparaissent : ce sont des atteintes des muscles qui donnent des douleurs, des pertes de sensibilité au niveau des membres, des troubles de la marche, une incontinence, des atteintes du cœur. Aujourd'hui, le législateur prévoit de punir le fait de provoquer un mineur à détourner un produit dans le cadre d'une fête.

La difficulté de prévention de l'addiction au protoxyde d'azote tient à ce que la molécule est maintenant très facilement disponible. Elle est utilisée avec des siphons de cuisine comme ceux permettant de faire de la chantilly. En médecine, le protoxyde d'azote sert d'antalgique ou d'anesthésiant. Le fait que son effet dure peu et qu'il y ait une action euphorisante tend à la faire banaliser. Pourtant, les séquelles peuvent être définitives et une information sur le produit se justifie.





Cas n°10

Les Poppers de Bastien

Bastien a aussi testé les Poppers. Les Poppers sont des préparations liquides, volatiles, qui contiennent des nitrites d'alkyle aliphatique ou cyclique. Ils ont l'air attrayant au départ puisqu'ils sont conditionnés dans des petits flacons colorés. Le nom de Poppers vient du fait que dans on ouvre le flacon, il peut y avoir un bruit de « pop ».

Un effet agréable qui ne dure pas

La consommation est considérée comme amusante ou récréative avec un bref effet euphorisant pendant deux minutes. Le cœur s'accélère, on a l'impression d'être ivre. Ils sont aussi consommés pour leurs propriétés de dilation des vaisseaux. Ils sont censés favoriser l'activité sexuelle en amplifiant la sensation des orgasmes et en facilitant des rapports anaux.

Un usage qui se répand

Longtemps le poppers a été limité aux sex-shops et à une communauté homosexuelle. Il s'étend maintenant dans les dispositifs sociaux. Les fêtes voient la consommation de poppers augmenter. Ces molécules sont achetées dans les sex-shops, mais aussi en bureau de tabac et sur Internet.

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), en 2022 :

8 % des lycéens avaient consommé des poppers sans différence entre les garçons et les filles.

Chez les plus jeunes, les poppers constituent la deuxième substance la plus expérimentée, avec le cannabis. Ils concernent 15 % des jeunes. Une personne sur quatre âgée de 18 à 24 ans en a consommé une fois dans sa vie. Les hommes consomment plus souvent que les femmes. 17 % contre 12 %.





Des dangers immédiats

Les dangers physiques immédiats sont l'apparition de nausées, de vomissements, de maux de tête. Une intoxication aiguë peut donner une baisse de la tension, des troubles cardiaques mortels. Il peut exister une anémie par maladie des globules rouges et une perte de l'acuité visuelle par atteinte de la rétine.

Certains adeptes des poppers ressentent une sorte de dépendance tant ils ont besoin d'en consommer régulièrement. La prévention se fait par information auprès des jeunes sur, à la fois les effets et les dangers, et par une vigilance dans les rassemblements festifs.

La meilleure prévention pour l'addiction aux Poppers passe par la reconnaissance du problème et la non banalisation de cette consommation qui très vite n'a plus rien de festif.







Échelles d'évaluation



Échelles d'évaluation



Les échelles peuvent s'utiliser pour soi-même pour faire le point, pour ses proches ou pour mieux connaître ou comprendre les différentes addictions. Les questions, validées par des recherches sur de grandes populations de patients, dépistent les signes évidents ou cachés d'une addiction.

Un score élevé peut révéler une suspicion d'addiction. Comme pour tout autre problème de santé, consultez votre médecin qui pourra vous proposer une prise en charge adaptée.

Trouble de l'usage d'alcool

Les deux principales échelles d'un **trouble de l'usage d'alcool** sont :

➔ L'audit

1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

Échelles d'évaluation

3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

Échelles d'évaluation

6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

Échelles d'évaluation

9 Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Votre résultat :

Assurez-vous de bien répondre à toutes les questions pour finaliser le résultat.

Interprétation :

- **Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme** est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool
- **Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme** est en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).

➔ Le DETA (CAGE)

- 1 Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- 2 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3 Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- 4 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.



Trouble de l'usage du tabac

Pour le **trouble de l'usage de tabac**, l'échelle de référence est le **test de Fagerström** :

Mesure de la dépendance au tabac/ à la nicotine (Test de Fagerström)

1 Le matin, combien de temps après vous être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

2 Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinémas, bibliothèques...) ?

Oui	1
Non	0

3 A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

La première de la journée	1
Une autre	0

4 Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

Échelles d'évaluation

5 Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6 Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque la journée ?

Oui	1
Non	0

Votre résultat :

Assurez-vous de bien répondre à toutes les questions pour finaliser le résultat.

Interprétation :

- de 0 à 2 points : pas de dépendance
- de 3 à 4 : dépendance faible
- de 5 à 6 : dépendance moyenne
- de 7 à 8 : dépendance forte

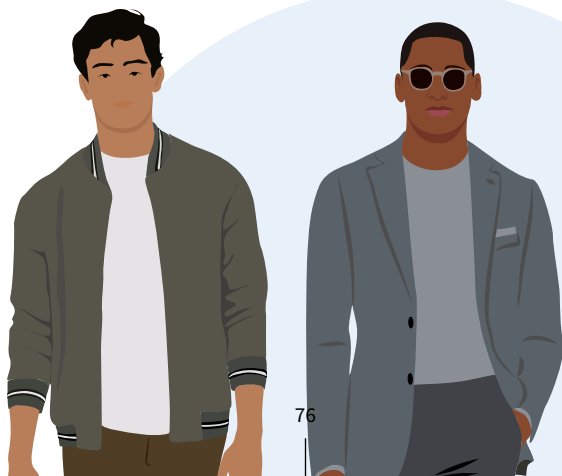


Trouble de l'usage de cannabis

Pour le **trouble de l'usage de cannabis**, l'échelle de référence est le **questionnaire CAST** :

- 1 Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- 2 Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
- 3 Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
- 4 Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
- 5 Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
- 6 Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc) ?

Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.



Jeu pathologique

Le **jeu pathologique** se mesure par

➔ **L'indice canadien de jeu excessif l'ICJE**

L'indice canadien du jeu excessif (ICJE) est un outil de repérage permettant d'évaluer la prévalence du jeu et du jeu excessif dans la population générale.

Cette échelle est utilisée en France depuis la première enquête épidémiologique sur la pratique des jeux d'argent et de hasard. Elle contient des indicateurs de contexte social et de degrés de gravité et permet d'estimer les niveaux de risque des joueurs à partir de critères auto-évalués.

L'ICJE comporte 9 questions portant sur les 12 derniers mois, auxquelles on répond par une échelle de Lickert (jamais, parfois, la plupart du temps, presque toujours).

- | | |
|----------|--|
| 1 | Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ? |
| 2 | Avez-vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ? |
| 3 | Avez-vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ? |
| 4 | Avez-vous vendu ou emprunté quelque chose pour obtenir de l'argent pour jouer ? |
| 5 | Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ? |
| 6 | Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ? |
| 7 | Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ? |
| 8 | Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre entourage ? |
| 9 | Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ? |

Échelles d'évaluation

Chaque joueur se voit attribuer, selon la sévérité des problèmes de jeu, un score variant de 0 à 27 points permettant de catégoriser les joueurs en 4 groupes distincts : « joueur sans risque » (score = 0), « joueur à faible risque » (score = 1-2), « joueur à risque modéré » (score = 3-7) et « joueur excessif » (score = 8 et plus).

Joueur sans risque

Terme générique désignant l'ensemble des joueurs, ayant réalisé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête au moins une mise à un jeu d'argent et de hasard, qui ont un score nul à l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE).

Joueur à faible risque

Terme générique désignant l'ensemble des joueurs, ayant réalisé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête au moins une mise à un jeu d'argent et de hasard, qui ont un score à l'ICJE compris entre 1 et 2.

Joueur à risque modéré

Terme générique désignant l'ensemble des joueurs, ayant réalisé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête au moins une mise à un jeu d'argent et de hasard, qui ont un score à l'ICJE compris entre 3 et 7.

Joueur excessif

Terme générique désignant l'ensemble des joueurs, ayant réalisé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête au moins une mise à un jeu d'argent et de hasard, qui ont un score à l'ICJE supérieur à 7.

Joueur problématique

Terme générique désignant l'ensemble des joueurs, ayant réalisé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête au moins une mise à un jeu d'argent et de hasard, qui ont un score à l'ICJE supérieur à 2. L'ensemble des joueurs excessifs et à risque modéré au sens du test de l'ICJE constituent la population des joueurs problématiques.



Échelles d'évaluation

Ou par :

➔ L'échelle SOGS

Le SOGS (South Oaks Gambling Screen) (American Journal of Psychiatry, 1987)

Indiquez s'il vous plaît auquel(s) des jeux suivants vous avez déjà joué dans votre vie. Pour chaque type de jeu, choisissez l'une des réponses proposées.

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois ou plus par mois	Une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
a) Jouer à une loterie (loto, euromillion...)					
b) Jouer dans un casino					
c) Jouer au bingo et aux jeux de grattage					
d) Jouer aux cartes pour de l'argent					
e) Parier de l'argent sur des courses de chevaux ou d'autres animaux (PMU, salles de jeux...)					
f) Jouer de l'argent à la bourse					
g) Jouer aux machines à sous					
h) Jouer aux boules, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent					
i) Jouer aux dés pour de l'argent					
j) Parier sur des résultats sportifs (loto sportif...)					
k) Jouer à tout autre jeu pour de l'argent ? Préciser :					

Échelles d'évaluation

1 Quelle est la somme la plus importante que vous avez déjà jouée en une seule journée ?

- | | |
|--|--|
| ☐ N'a jamais joué | ☐ Entre 150 € et 1 500 € |
| ☐ 1 € ou moins | ☐ Entre 1 500 € et 15 000 € |
| ☐ Entre 1 € et 15 € | ☐ Plus de 15 000 € |
| ☐ Entre 15 € et 150 € | |

2 Certains membres de votre famille ont-ils eu des problèmes de jeu ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Père | ☐ Enfants |
| ☐ Mère | ☐ Grands-parents |
| ☐ Frères ou sœurs | ☐ Autres parents |
| ☐ Epoux ou concubin | ☐ Ami ou personne importante de votre vie |
| ☐ Non | |

3 Quand vous jouez, à quelle fréquence retournez-vous jouer le lendemain pour essayer de gagner à nouveau l'argent perdu la veille ?

- ☐ Jamais
- ☐ Quelquefois (moins de la moitié des fois où j'ai perdu)
- ☐ La plupart des fois où je perds
- ☐ À chaque fois que je perds

4 Avez-vous déjà annoncé à tort que vous aviez gagné de l'argent, alors qu'en réalité vous n'aviez pas gagné ?

- ☐ Jamais (ou je n'ai jamais joué)
- ☐ Oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu
- ☐ Oui, la plupart du temps

5 Pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des douze derniers mois ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, il y a quelques mois, mais pas actuellement
- ☐ Oui

Échelles d'évaluation

6 Avez-vous actuellement ou avez-vous eu à un moment de votre vie des difficultés avec le jeu ?

- ☐ Oui
- ☐ Oui, dans le passé mais pas maintenant
- ☐ Non

7 Avez-vous déjà joué plus que vous ne l'aviez prévu ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8 Les gens ont-ils déjà critiqué le fait que vous jouiez ou vous ont-ils dit que vous aviez un problème avec le jeu, que cela soit vrai ou pas ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9 Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de la manière dont vous jouez ou des conséquences de votre jeu ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10 Avez-vous déjà ressenti l'envie d'arrêter de jouer et avez-vous pensé que vous n'y arriveriez pas ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11 Avez-vous déjà caché des jetons de casino, des tickets de loterie ou de PMU ou d'autres signes du jeu à votre épouse ou votre mari, vos enfants ou une autre personne importante de votre vie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Échelles d'évaluation

12 Vous êtes-vous déjà disputé avec votre compagne ou compagnon au sujet de la façon dont vous gérez l'argent ?

- ☐ Oui
☐ Non

13 (Si vous avez répondu oui à la question 12) : Avez-vous eu des disputes concernant l'argent que vous dépensez en jouant ?

- ☐ Oui
☐ Non

14 Avez-vous déjà emprunté de l'argent à quelqu'un sans pouvoir le rembourser parce que vous aviez joué ?

- ☐ Oui
☐ Non

15 Avez-vous déjà manqué des heures de travail ou de cours pour jouer de l'argent ?

- ☐ Oui
☐ Non

16 Si vous avez déjà emprunté de l'argent pour jouer ou payer des dettes de jeu, à qui avez-vous déjà emprunté ? (Cocher oui ou non pour chacun)

	Oui	Non
A) L'argent de votre budget familial		
B) L'argent de votre conjoint(e) ou ami(e)		
C) L'argent d'un membre de la famille		
D) L'argent d'une banque ou d'une compagnie de crédit		
E) L'argent d'une carte de crédit		
F) L'argent de prêts usuriers		
G) L'argent provenant de vente d'actions, de valeurs ou de bons d'épargne		
H) Le produit de la vente d'une propriété personnelle ou familiale		
I) Chèques sans provision		
J) Vous avez un crédit dans une salle de jeu ou un casino		
K) Autre, précisez :		

Score :

Assurez-vous de bien répondre à toutes les questions pour finaliser le résultat.

Date :

Règles d'attribution

Accorder un point aux questions suivantes :

- Q4 Si la plupart des fois ou chaque fois que j'ai perdu
- Q5 Si oui ou oui, il y a quelques mois, mais pas actuellement
- Q6 Si oui ou oui, dans le passé mais pas maintenant
- Q7 Si oui
- Q8 Si oui
- Q9 Si oui
- Q10 Si oui
- Q11 Si oui
- Q13 Si oui (Q 12 n'est pas comptée)
- Q14 Si oui
- Q15 Si oui

Échelles d'évaluation

- Q16
- A) Si oui
 - B) Si oui
 - C) Si oui
 - D) Si oui
 - E) Si oui
 - F) Si oui/-
 - G) Si oui
 - H) Si oui
 - I) Si oui

Les items J et K ne sont pas comptés

Interprétation des scores :

- 0 à 2 : Bon contrôle des habitudes de jeu
- 3 et 4 : Attention, le jeu peut être un problème
- 5 à 8 : Le jeu est un problème
- 9 et plus : Problème de jeu de grande intensité



Addiction à Internet

L'échelle d'**addiction à Internet** est l'**Internet Addiction Test** :



	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Toujours
1 Vous arrive-t-il de rester sur Internet plus longtemps que vous en aviez l'intention au départ ?	1	2	3	4	5
2 Vous arrive-t-il de négliger des tâches ménagères afin de passer plus de temps sur Internet ?	1	2	3	4	5
3 Vous arrive-t-il de préférer l'excitation/ l'amusement d'Internet à l'intimité de votre partenaire ?	1	2	3	4	5
4 Vous arrive-t-il de vous faire de nouvelles relations avec des utilisateurs d'Internet ?	1	2	3	4	5
5 Vos proches vous reprochent-ils de passer trop de temps sur Internet ?	1	2	3	4	5
6 Vous arrive-t-il que vos études ou travaux scolaires souffrent du temps que vous passez sur Internet ?	1	2	3	4	5

Échelles d'évaluation

7	Vous arrive-t-il de regarder d'abord votre messagerie avant d'accomplir une chose nécessaire et urgente ?	1	2	3	4	5
8	Arrive-t-il que vos performances au travail ou votre productivité souffrent à cause d'Internet ?	1	2	3	4	5
9	Vous arrive-t-il d'être sur votre défensive ou de refuser de répondre si quelqu'un vous demande ce que vous faites sur Internet ?	1	2	3	4	5
10	Vous arrive-t-il de chasser les soucis de votre vie quotidienne par la pensée réconfortante d'aller sur Internet ?	1	2	3	4	5
11	Vous arrive-t-il de vous réjouir du moment où vous irez de nouveau sur Internet ?	1	2	3	4	5
12	Vous arrive-t-il de penser que la vie sans Internet serait ennuyeuse, vide et sans joie ?	1	2	3	4	5
13	Vous arrive-t-il de répondre d'un ton brusque, de crier ou de vous montrer agacé si quelqu'un vous dérange pendant que vous êtes sur Internet ?	1	2	3	4	5
14	Vous arrive-t-il de manquer de sommeil parce que vous êtes resté tard sur Internet ?	1	2	3	4	5
15	Lorsque vous n'êtes pas sur Internet, vous arrive-t-il d'y penser activement ou de rêver y être ?	1	2	3	4	5
16	Vous arrive-t-il de vous dire « juste encore quelques minutes » lorsque vous êtes sur Internet ?	1	2	3	4	5

Échelles d'évaluation

17	Vous arrive-t-il d'essayer de diminuer le temps que vous passez sur Internet sans y arriver ?	1	2	3	4	5
18	Vous arrive-t-il de cacher aux autres combien de temps vous avez passé sur Internet ?	1	2	3	4	5
19	Vous arrive-t-il de choisir de passer plus de temps sur Internet plutôt que de sortir avec des proches ?	1	2	3	4	5
20	Vous arrive-t-il de vous sentir déprimé, de mauvaise humeur ou énervé lorsque vous n'êtes pas sur Internet, puis de vous sentir mieux lorsque vous y êtes ?	1	2	3	4	5

Total des points :

Assurez-vous de bien répondre à toutes les questions pour finaliser le résultat.

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différentes questions. Plus votre score est élevé, plus grand est votre usage excessif d'Internet et plus importants sont les problèmes qui peuvent en découler.

■ **Score de 20 à 49 points :**

Vous êtes un utilisateur moyen d'Internet. Vous surfez sur Internet un peu trop longtemps parfois, mais vous gardez le contrôle de votre utilisation.

■ **Score de 50 à 79 points :**

Vous rencontrez des problèmes occasionnels ou fréquents en raison de votre temps passé sur Internet. Vous devriez considérer leur impact sur votre vie quotidienne.

■ **Score de 80 à 100 points :**

Votre utilisation d'Internet cause des problèmes importants dans votre vie. Vous devriez évaluer l'impact du temps passé sur Internet sur votre vie quotidienne. Nous vous conseillons de vous préoccuper de résoudre les problèmes directement provoqués par votre utilisation d'Internet.



Ressources et préventions



Que faire pour soi-même ou pour un proche quand on a un doute sur une addiction ?

Quel professionnel de santé contacter ?

Ces informations sont issues de ce que recommande l'assurance maladie.

Après les amis et la famille, en même temps ou en première intention, il est possible en toute confidentialité de recevoir un avis et une aide. Les premiers interlocuteurs sont importants. Ils sont :

- Pour les lycéens, l'infirmier de l'établissement scolaire
- Pour les étudiants, les établissements scolaires ou universitaires ou professionnels

Le médecin traitant, le médecin du travail ou le pharmacien sont d'autres interlocuteurs qui sauront accueillir une demande et proposer des conseils de départ et une orientation.

Il est possible aussi de consulter un psychologue en cabinet de ville, notamment via le dispositif **MonPsy**. Il y a, libres et gratuits d'accès, des psychologues présents dans les centres médico-psychologiques et dans les centres médico-psycho-pédagogiques pour les plus jeunes.

Tous ces professionnels connaissent les signes de l'addiction. Ils sont formés au repérage, à l'évaluation et au traitement d'un trouble de l'usage. Ils peuvent vous orienter ou orienter votre proche et collaborer avec des structures existantes ou avec d'autres professionnels.

Un soutien social et une aide avec des associations de patients est souvent nécessaire, tant les conduites addictives sont à l'origine de difficultés sociales. Chez les plus jeunes, des lieux d'accueil et d'écoute spécifiques sont disponibles :



Les espaces santé jeunes

Ce sont des lieux de proximité, anonymes et gratuits, ouverts aux adolescents et aux jeunes de 11 à 25 ans. Leur mission principale est la prévention de la santé globale. Ils sont pertinents pour donner un avis sur une conduite addictive.



Les maisons des adolescents

Elles ont pour mission d'informer, de conseiller d'accompagner et d'orienter les adolescents en difficulté. Elles soutiennent aussi les familles et les professionnels travaillant au contact des jeunes. Les maisons des adolescents rencontrent des jeunes souffrant de difficultés avec l'alcool, avec d'autres substances ou de troubles du comportement alimentaire. L'accueil est gratuit, sur des plages horaires souples. Le rendez-vous peut se faire seul ou avec les parents. Sur place, les jeunes peuvent se confier à une personne de l'équipe. L'ensemble de l'équipe rassemble des médecins, des psychologues, des éducateurs et des infirmiers.



Les missions locales

Les missions locales sont un autre dispositif accessible pour un avis ou un soin. Elles sont ouvertes aux jeunes de 16 à 25 ans. Elles ont comme objectif d'aider à l'insertion professionnelle et sociale. Elles peuvent aussi soutenir et accompagner des jeunes n'ayant pas de couverture sociale et n'ayant pas la CMU. Elles permettent de réaliser un bilan de santé gratuit. Chaque mission locale donne des informations sur la santé, l'accès aux soins, les risques d'addiction, les traitements de l'addiction. Elles peuvent aussi aider à rechercher un logement.



Les points accueil écoute jeunes

Ce sont des lieux où se réalisent des échanges confidentiels. Ils accueillent, de manière gratuite et confidentielle, sans rendez-vous, les jeunes seuls ou en groupe et les parents souhaitant recevoir un appui, un conseil ou une orientation. Les situations d'addiction peuvent parfaitement justifier une demande auprès d'un point d'accueil jeune. La principale mission de ces points d'accueil jeune est la prévention des conduites à risque. Parmi ces comportements à risque ou dangereux, l'usage de substances est une cause fréquente et importante. Dans ces lieux, le jeune peut dire ce qu'il attend, parler de son mal-être, de sa souffrance. Il confie ses échecs éventuels, ses conflits, ses difficultés scolaires ou relationnelles. Les points d'accueil jeunes ne sont pas des lieux de soins, mais ils orientent.



Les lignes téléphoniques

En plus de toutes ces structures, il existe des lignes téléphoniques dédiées gratuites. Pour vous-même ou pour un proche en difficulté vous avez au bout du fil un professionnel respectant la confidentialité.

Il est parfois plus facile d'avoir recours au téléphone ou à Internet. Les forums sont utiles et peuvent aussi accompagner la personne et son entourage.



Tabac info service : 39 89

Du lundi au samedi de 8h à 20h. Appel gratuit.



Alcool Info Service : 0 980 980 930

De 8h à 2h, 7 jours sur 7. Gratuit et anonyme.



Drogues info service : 0 800 23 13 13

De 8h à 2h, 7 jours sur 7. Appel est anonyme et gratuit depuis un poste fixe. Appel depuis un portable au coût d'une communication ordinaire : 01 70 23 13 13.



Écoute cannabis : 0 980 980 940

De 8h à 2h, 7 jours sur 7. De 8h à 2h, 7 jours sur 7. Appel anonyme et gratuit depuis un poste fixe.



Joueurs info service : 0 974 75 13 13

De 8h à 2h, 7 jours sur 7. Appel anonyme et non surtaxé.



Fil santé jeunes : 0 800 235 236

7j/7, de 9h à 23h (service anonyme et gratuit) ou depuis un portable au 01 44 93 30 74.



Ressources et préventions

Après ce premier contact, il est possible d'être suivi en consultation.



Les structures addictologiques les plus accessibles en France sont les CSAPA. Ce sont des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les CSAPA permettent de consulter gratuitement un médecin, un psychologue et des professionnels socio-éducatifs. La principale difficulté est que le nombre de places est souvent limité dans ces centres et qu'il faut patienter avant d'obtenir un rendez-vous.

Avant un rendez-vous en CSAPA, les structures citées précédemment peuvent être utiles, de même que l'aide d'un médecin généraliste. Le CSAPA reçoit gratuitement, de manière anonyme, toute personne en difficulté avec une substance que ce soit de l'alcool, du tabac, du cannabis, des opiacés ou une autre substance. Ils sont aussi équipés pour accueillir des joueurs pathologiques ou des utilisateurs excessifs d'Internet.

Le personnel du CSAPA oriente et aide à la réduction des consommations ou au sevrage.

Les traitements sont personnalisés, individuels ou en groupe. Les CSAPA appliquent des techniques de soins dans lesquelles l'aide est à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale.

Pour l'entourage, le CSAPA est précieux. Il donne des informations et soutient les membres de la famille les plus en difficulté.

Les consultations jeunes consommateurs

Elles abordent toutes les addictions. Elles proposent un bilan des consommations, une information et une orientation. Comme les autres structures, elles sont gratuites et elles représentent une excellente première étape dans le soin en addictologie.

Les cures ou hospitalisations spécialisées

Dans les situations les plus marquées, il est possible d'être hospitalisé pour arrêter un produit et en traiter ses conséquences à la fois physiques, psychologiques et sociales. Une personne qui, par exemple, prend tous les jours de l'alcool, des opiacés ou des

Ressources et préventions

médicaments détournés de leur usage, a besoin d'être hospitalisée pour se soigner. Si elle arrêta seule les produits, elle risquerait ce que l'on appelle un **accident de sevrage**. Pendant l'hospitalisation, son état émotionnel et physique sera régulièrement surveillé et si besoin elle recevra des médicaments pour que le sevrage soit le plus confortable possible.

Comment se fait la prise en charge ?

Quelle que soit la structure que l'on consulte, tout commence par un premier entretien qui ne culpabilise pas, qui écoute de manière respectueuse. Cet entretien peut être fait par un médecin, addictologue, tabacologue. Il peut aussi être fait par un infirmier ou un psychologue.

Les questions posées au début du traitement interrogent le lien de dépendance entre une personne et un produit. Il lui est demandé :

- la fréquence de ses consommations
- l'âge auquel il a commencé
- le fait qu'il consomme un produit ou plusieurs produits



Les psychothérapies

Les psychothérapies sont maintenant bien validées pour traiter véritablement les troubles de l'usage. Les principales psychothérapies qui ciblent le comportement d'addiction sont la thérapie que l'on appelle motivationnelle et la psychothérapie cognitivo-comportementale.

Ressources et préventions

- La thérapie motivationnelle augmente la motivation de celles et ceux qui sont concernés par une addiction, pour commencer à se soigner et rester à distance d'un produit ou d'un comportement. Elle commence par un bilan motivationnel qui vous permet de savoir où vous en êtes de votre compréhension de l'addiction, entre la pré-contemplation (je ne me rends compte de rien) et l'action (je commence à me soigner dès demain). La thérapie motivationnelle est pratiquée par des soignants qui peuvent en quelques séances diminuer le déni et aider à s'engager dans un soin.

En pratique : Les stades de motivation



1

Pré-contemplation

- Je considère que je n'ai pas de problème.
- Je suis poussé à consulter par des événements extérieurs.
- Je suis surpris plus que choqué par l'évocation de la question du changement de relation à un produit ou un comportement.

2

Anti-contemplation

- Je refuse fermement d'être aidé ou de changer.

3

Contemplation

- Je contemple mon problème sans oser l'aborder.
- Je suis ambivalent, j'hésite.
- J'oscille entre l'expression des inquiétudes sur mon addiction et les raisons de ne pas s'inquiéter.

Il ne faut pas considérer ce stade comme un indice d'indécision pathologique.
C'est un germe de décision.

4

Décision

- J'ai pris la décision de modifier mon comportement.
- C'est une prise de décision temporaire avec possibilité de retour au stade de contemplation.
A ne pas laisser passer.

5

Action

Premier temps du changement. Il peut arriver dès la fin d'une consultation ou la lecture d'un guide d'information !

Ressources et préventions

- La thérapie cognitivo-comportementale traite les croyances qui entretiennent une addiction. Parmi ce que la thérapie cognitivo-comportementale repère comme fausses croyances, on trouve :
 - il faut bien être dépendant de quelque chose
 - finalement, ce n'est pas si grave
 - mieux vaut ne pas arrêter aujourd'hui, mais demain

La thérapie cognitivo-comportementale traite aussi les comportements qui déclenchent presque toujours une consommation. En voici quelques exemples qui peuvent être déconditionnés ou désappris :

- l'alcool en société (j'ai besoin d'un verre quand je me retrouve entouré de personnes que je ne connais pas, l'alcool lève ma timidité et me permet de démarrer une conversation...)
- la cigarette après le café (c'est un réflexe conditionné, je ne m'imaginerais pas prendre mon café sans allumer une cigarette en même temps)
- la prise de substances le soir
- les afterworks et autres moments de détente donnant lieu à chaque fois à une perte de contrôle...

Ces psychothérapies peuvent se faire en face à face ou en groupe. Habituellement, elles se réalisent en un nombre limité de séances (entre cinq et dix pour donner un ordre de grandeur).

En pratique : un bon objectif comportemental est SMART

- Spécifique (pas vague ou général)
- Mesurable (on peut savoir si on a réussi ou pas)
- Acceptable (en phase avec ses objectifs de vie)
- Réaliste (pas impossible à tenir)
- Temporellement défini (on dit quand on commence et pour combien de temps)



Les médicaments dans l'addiction

De nombreux médicaments évitent le manque ou le sevrage et aident à ne pas rechuter. Les plus connus et les plus faciles d'accès sont les substituts de nicotine qui permettent d'arrêter de fumer sans ressentir de sevrage. Bien évidemment, ils ne sont pas utilisés seuls, mais ils doivent être pris en même temps qu'une aide psychologique. Pour toutes les autres addictions, de nouvelles molécules aident à décrocher ou contrôler leur comportement. Ces traitements ne doivent être utilisés qu'avec l'aide d'un professionnel de soin et ils complètent une psychothérapie.



Les mouvements d'entraide

Ces mouvements d'entre-aide sont présents depuis très longtemps dans le champ de la prévention et du traitement des addictions. Le plus connu est celui des **Alcooliques Anonymes**. Bien d'autres associations aident celles et ceux qui veulent d'en sortir. Leurs interventions sont souvent gratuites. Elles ont deux bénéfices principaux :

- **Le premier est de rencontrer des personnes qui avaient un trouble de l'usage et qui ont guéri et vont parfaitement bien.** Ces personnes sont même devenues souvent des militants de la liberté et d'une vie sans produit ou comportement aliénant.
- Il est parfois plus facile d'aborder **en groupe, avec des femmes et des hommes qui traversent les mêmes difficultés**, une situation pour laquelle on peut avoir soit de la honte, soit de la réticence à en parler. L'effet de groupe lève ces hésitations et réticences.

Les mouvements d'entraide se sont multipliés depuis les Alcooliques Anonymes. Il n'est pas possible de les citer tous ici. Certains ont une base religieuse, d'autres apportent une aide pour une addiction en particulier (opiacés, jeu d'argent, troubles du comportement alimentaire...). Il ne faut pas hésiter si un premier contact n'a pas été convaincant avec une première association à en rencontrer une autre. L'adhésion à telle ou telle association ou mouvement d'entraide tient à l'alchimie de la rencontre et à la manière dont on se sent ou pas en confiance.



Un point essentiel de prévention est de dédramatiser le recours à ces groupes. Ils lèvent les réactions de déni et permettent tout à la fois de faire le point sur ses addictions potentielles et de recevoir une véritable aide. Les autres participants et les animateurs des groupes sont animés d'un esprit de bienveillance et de solidarité. Ils désignent à celle ou celui qui s'engage un parrain qu'il peut joindre régulièrement.

Les mouvements d'entraide sont particulièrement utiles pour comprendre et traiter les conséquences d'une addiction sur :

- sa vie familiale
- son travail
- son estime de soi

Rencontrer une association d'entraide ne représente pas le seul soin. On peut et doit, en parallèle, consulter un professionnel de santé. Il dépistera et traitera les problèmes médicaux et éventuellement psychiatriques provoqués par l'addiction en :

- réalisant lui-même un examen et en prescrivant si besoin des examens complémentaires
- discutant s'il est utile ou pas de recevoir un traitement médicamenteux pas nécessairement pour l'addiction mais pour d'autres questions de santé

Il existe une complémentarité entre les approches médicales classiques et les mouvements d'entraide. Chacun a sa place et tous sont au bénéfice de celle ou celui qui est en train de sortir de son addiction.

Ce que Joseph Kessel écrivait des Alcooliques Anonymes

« Les associations de patients nous entraînent dans un autre monde. Un monde où des hommes et des femmes qui ont connu l'extrême de l'angoisse, de la honte et parfois de la déchéance sociale, sont aujourd'hui ressuscités des morts et comptent désormais parmi les plus grands faiseurs de miracles de notre temps. La seule condition pour devenir membre de cette fraternité est un désir d'arrêter de boire. »

« Les Alcooliques Anonymes ne se veulent ni croisés ni prédicateurs. Ce n'est pas le sens du devoir qui les anime, ni même la charité chrétienne, mais le désir profond de vivre sans alcool, de vivre simplement. »

« Vous savez ? Seuls les anciens alcooliques comprennent leurs frères de misère et peuvent les aider. Plus bas que moi il n'y en a pas beaucoup qui sont descendus. Mais il y a toujours quelque chose à faire. »



La prévention des addictions au travail

Les actions de prévention doivent porter sur les facteurs liés au travail qui favorisent la consommation. Elles portent aussi sur l'encadrement de l'alcool. Il convient de définir des procédures en cas de trouble du comportement. L'ensemble des salariés doit être formé et savoir quoi faire en cas d'intoxication de l'un d'entre eux.



Avant toute action de prévention, une concertation doit s'établir entre la direction et les salariés pour confronter les perceptions d'impact, les perceptions de risque. Un groupe de travail piloté par l'employeur peut aussi se mettre en place. Le service de prévention et de santé au travail est l'interlocuteur principal. Certaines ressources externes proposent des interventions :

- Formateurs
- Agences nationales ou régionales pour l'amélioration des conditions de travail
- Caisse régionale d'assurance retraite
- Service de santé au travail

L'évaluation et l'intervention en prévention portent sur :

- les pots, repas, congrès et séminaires où sont présentes des boissons alcooliques
- les postes de travail participant à la fabrication, la vente ou la distribution de substances psychoactives dont l'alcool
- les postes avec horaires atypiques comme le travail de nuit, en fin de semaine, les horaires fragmentés
- les postes avec un nombre important d'heures exposant au surmenage par exemple plus de 48 heures par semaines
- les postes en contact avec le public
- les départements dans lesquels les troubles du comportement sont un motif fréquent d'alerte

Ressources et préventions

La prévention elle-même agit sur les facteurs liés au travail, comme :

- les organisations de travail
- les contraintes physiques
- le travail au froid ou à la chaleur, port de charges lourdes

La consommation est encadrée, avec idéalement une interdiction de l'alcool sur le lieu de travail. Les boissons non-alcooliques sont fournies systématiquement.

La prévention du tabagisme cible particulièrement la protection des jeunes, l'accompagnement des fumeurs en particulier les plus vulnérables, la préservation d'un environnement sans tabac, l'amélioration de la connaissance sur les dangers liés au tabac et les interventions pertinentes.

Pour le tabac, l'accessibilité aux substituts nicotiniques est un autre élément important de prévention.

La prévention vis à vis des usagers de drogue consiste soit en une incitation à l'arrêt des produits, soit en une réduction des risques par :

- la diffusion de messages de prévention
- la médiation sociale
- les interventions en milieu festif
- les interventions de rue et dans les espaces publics appelées maraude
- les interventions en milieu carcéral

Les documents sur le site de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives proposent des modes d'emploi très précis pour prévenir les addictions.

La prévention peut aussi être ciblée avec des actions destinées aux étudiants, aux milieux festifs, aux personnes âgées, aux personnes hospitalisées pour une conséquence du trouble de l'usage.

Donner aux plus à risque une formation sur les compétences psychosociales a un effet de prévention. Ces compétences psychosociales apprennent à :

- avoir conscience de soi et des autres
- réguler ses émotions
- gérer les conflits

Ressources et préventions

Les outils de dépistage et les informations permettent aussi une intervention la plus précoce possible. On prévient mieux ce que l'on connaît. Connaître les signes de l'addiction et les produits pouvant donner lieu à une addiction est une base indispensable.

Dans les lieux de formation comme les écoles ou les universités, des affichages peuvent informer sur la fréquence et la gravité des addictions, de même que sur des stratégies pour consulter ou pour réduire les risques.

Une action spécifique peut être conduite en milieu scolaire et en faveur des élèves. Elle est dans ce cas-là intégrée à une politique éducative, sociale et de santé. La prévention s'accompagne aussi d'interdictions de la diffusion des produits toxiques que ce soient les drogues illicites, le protoxyde d'azote, l'alcool, le tabac.

Enfin, n'oublions pas que la prévention est l'affaire de tous.

Pour soi,

Pour ses proches,

Pour une représentation de l'addiction qui ne soit ni dans le rejet ni dans la complaisance.





Références pour en savoir plus :

MILDECA MILDECA : [Le dispositif de soins en addictologie](#)

ASSURANCE MALADIE : [Addictions : à qui s'adresser ? | ameli.fr | Assuré](#)

Ministère de la santé : [Addictions - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

ADDICT-AIDE : [Le village des addictions - Addict Aide - Le village des addictions](#)

Haute autorité de santé : [Haute Autorité de Santé - Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages \(RdRD\) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\)](#)

Abrégé d'addictologie : Editions ELSEVIER Masson - EDN référentiel de Psychiatrie et addictologie (4^e édition conforme à la R2C) .-. Abrégés de Médecine. EAN. 9782294716188. ISBN. 2294716183.

Mini-traité d'addictologie : Editions ELSEVIER Masson : Format (l x h) : 135 x 210 mm | Editeur : Elsevier Masson | Date de publication : 09/2017 | Nombre de pages : 472 | ISBN : 9782294751257 | EISBN : 9782294752124 | Langue(s) de publication : Français

DSM V : Editions Masson

Notes

Votre interlocuteur AXA



AXA
Prévention

Créée en 1984, **AXA Prévention** est une association à but non lucratif. Sa mission est d'étudier et de mettre en œuvre toutes les mesures de nature à développer la culture de prévention des Français afin de prévenir et réduire les risques auxquels ils sont exposés en santé, sur la route, à la maison, devant les écrans, dans le milieu professionnel et face au réchauffement climatique.

