

Prévention des conduites addictives auprès des jeunes

Addictions

Populations concernées

Adolescents, jeunes adultes en formation.

Milieus

Établissements scolaires et universitaires, accueil de loisirs, associations sportives, culturelles...

Contexte

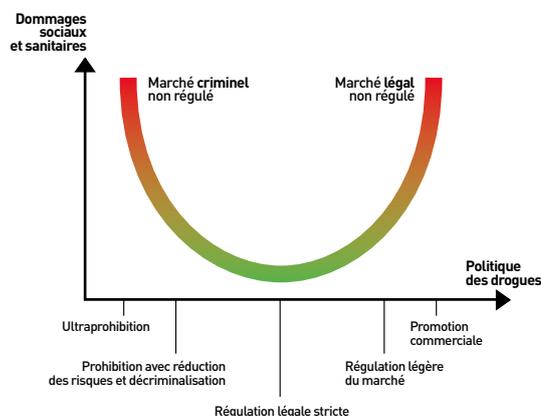
La consommation de substances psychoactives provoque de nombreux dommages sur la santé des consommateurs et peut également avoir un impact sur autrui (accidents, dommages sociaux, tabagisme passif, etc.). En France, les consommations d'alcool, de drogue et de tabac sont les trois premiers facteurs de la charge de morbidité et en représentent ensemble presque 20 %. Pour cette raison, des réglementations ont été mises en place au niveau national (taxes sur le tabac et l'alcool, interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.) et au niveau international (Convention internationale des Nations unies sur les stupéfiants, Convention cadre de lutte antitabac).

John Mark⁽¹⁾ a proposé une vision unifiée des politiques publiques dans le domaine des substances psychoactives qu'elles soient licites ou illicites (**Figure**). On voit sur ce schéma que des dommages sociaux et sanitaires peuvent survenir à la fois en cas d'un marché criminel non régulé pour les produits illicites et en cas

d'un marché légal non régulé pour les produits licites.

Il est par ailleurs nécessaire de ne pas confondre les effets sanitaires de la consommation de ces substances (cancer, maladies cardio-vasculaires, etc.) qui peuvent survenir sans nécessairement qu'il y ait des troubles psychologiques et sociaux (*voir infra*).

Figure : Cadre théorique reliant le niveau de régulation de marchés légaux ou illégaux et le niveau des dommages sociaux et sanitaires



Source : Transform Drug Policy Foundation [TDPF] and Mexico Unido Contrata Delincuencia [MUCD] : www.tdpf.org.uk ; www.mucd.org.mx

Les notions d'abus et de dépendance ont disparu dans la cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie⁽²⁾. Ces notions ont été regroupées sous le terme « troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un additif »⁽³⁾ (au sens addiction sans substance). Le niveau de ce trouble est classé en trois catégories selon le nombre de critères présents :
2 à 3 critères = addiction faible,
4 à 5 critères = addiction modérée,
6 critères ou plus = addiction sévère.

1. Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
2. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
3. Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
4. Augmentation de la tolérance au produit addictif
5. Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
6. Incapacité de remplir des obligations importantes
7. Usage même lorsqu'il y a un risque physique
8. Problèmes personnels ou sociaux
9. Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
10. Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
11. Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

Les conduites addictives les plus répandues parmi les jeunes concernent l'usage du tabac, de l'alcool et du cannabis. Par extension, les conduites addictives peuvent aussi désigner les addictions comportementales sans consommation de substances psychoactives (jeux d'argent, jeux vidéo, écrans, etc.).

En France, les consommations de substances psychoactives des jeunes se situent à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens. D'après l'enquête européenne Espad 2015⁽⁴⁾, l'usage récent du tabac des jeunes Français est au-dessus de la moyenne européenne (26 % *versus* 22 %). La France se situe à la 11^e place sur 35 pour l'usage du tabac. Pour l'usage récent d'alcool (dans les trente derniers jours), les jeunes Français de 16 ans sont aussi au-dessus de la moyenne européenne (53 % *versus* 47 %) et sont 15^e. La prévalence de l'usage du cannabis chez les jeunes Français de 16 ans est la plus forte en Europe avec 17 % pour une moyenne de 7 %. Selon les données de l'enquête Escapad⁽⁵⁾ pilotée par l'Observatoire des drogues et des toxicomanies : 59 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le tabac, 86 % l'alcool et 39 % le cannabis. L'usage régulier⁽⁶⁾ concerne 25 % des jeunes de 17 ans pour le tabac, 8 % pour l'alcool, et 7 % pour le cannabis.

Toutefois, cette même enquête, réalisée en mars 2017 auprès de 46 054 jeunes appelés, montre que les niveaux d'usage mesurés sont parmi les plus bas observés en France depuis 2000.

La consommation de tabac :

six adolescents sur dix disent avoir déjà essayé un produit du tabac, qu'il s'agisse de cigarettes en paquet ou à rouler, de cigarillos ou de cigares, soit une baisse de 9 points par rapport au niveau de 2014 (59,0 % *versus* 68,4 %). Dans le même temps, l'usage de la chicha baisse

lui aussi, alors que l'utilisation de la cigarette électronique reste limitée.

La consommation d'alcool :

la consommation régulière, rapportée par 8,4 % des jeunes, est aujourd'hui en net recul par rapport à 2014 (12,3 %).

La consommation de cannabis :

près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (39,1 %). La prévalence est inférieure de 9 points à celle de 2014 et de 11 points par rapport à 2002, lorsque la moitié des adolescents se disait expérimentatrice. Mais au regard du CAST⁽⁷⁾, un usager dans l'année de cannabis de 17 ans sur quatre présenterait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis (24,9 % contre 21,9 % en 2014).

Les autres drogues illicites et les usages détournés de substances :

6,8 % des adolescents de 17 ans déclarent avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite autre que le cannabis. Les poppers ou le purple drank concernent, à 17 ans, près d'un adolescent sur dix : respectivement 8,8 % et 8,5 %.

Stratégies d'intervention

L'expertise collective⁽⁸⁾ 2014 de l'Inserm a permis d'identifier neuf stratégies d'intervention qui ont montré des effets positifs sur la prévention ou la réduction des consommations de substances psychoactives. Il s'agit :

- des interventions visant à développer les compétences psychosociales des jeunes ;
- des interventions visant le développement des compétences parentales ;
- des interventions visant à développer les compétences psychosociales à la fois des adolescents et des parents ;

- des stratégies à composantes multiples ;
- des interventions fondées sur l'entretien motivationnel ;
- des interventions de développement des compétences psychosociales incluant un volet psychothérapeutique ;
- des interventions d'aide à distance ;
- des campagnes dans les médias ;
- des interventions législatives et réglementaires.

Pour ce qui concerne les stratégies susceptibles d'être déployées auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire où sont développées les écoles promotrices de santé⁽⁹⁾, elles se fondent principalement sur le **développement des compétences psychosociales** des élèves ou de leurs parents. Les compétences psychosociales désignent, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* ».

L'un des pionniers de cette approche est Gilbert Botvin⁽¹⁰⁾ de l'Université Cornell, qui a proposé d'enrichir les premiers programmes de prévention qui n'étaient fondés que sur l'influence sociale à consommer des substances psychosociales (affirmation face aux autres, relations avec les pairs, influence des pairs, influence de la publicité, etc.), avec un versant de renforcement de compétences personnelles (résolution de problèmes, gestion du stress et de l'anxiété, etc.). Il s'est appuyé entre autres sur les théories de l'apprentissage d'Albert Bandura⁽¹¹⁾ et la mise en évidence des facteurs de protection contre les comportements à risques mis en

évidence dans le suivi au long terme de cohortes de jeunes par Jessor⁽¹²⁾.

L'OMS a entrepris une synthèse internationale de cette approche et a résumé ces compétences en les groupant en cinq couples⁽¹³⁾ :

- Savoir résoudre les problèmes/Savoir prendre des décisions.
- Avoir une pensée critique/Avoir une pensée créatrice.
- Savoir communiquer efficacement/ Etre habile dans les relations interpersonnelles.
- Avoir conscience de soi/Avoir de l'empathie pour les autres.
- Savoir gérer son stress/Savoir gérer ses émotions.

Elles ont par la suite été davantage détaillées et regroupées au sein de **trois grandes catégories de compétences** : sociales, cognitives et émotionnelles.

Les compétences sociales :

- les compétences de communication (communication verbale et non verbale ; écoute active, expression des sentiments, capacité à donner et recevoir des *feedbacks*) ;
- les capacités à résister à la pression d'autrui, à s'affirmer, à négocier et à gérer les conflits ;
- l'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;
- les compétences de coopération et de collaboration en groupe ;
- les compétences de plaidoyer (advocacy), qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

Les compétences cognitives :

- les compétences de prise de décision et de résolution de problème ;
- la pensée critique et l'auto-évaluation, qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience de ses propres valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de connaître les (sources d') informations pertinentes.

Les compétences émotionnelles :

- les compétences de régulation émotionnelle (gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, l'abus et les traumatismes) ;
- les compétences de gestion du stress, qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
- les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'auto-régulation.

Quelques programmes ou interventions

Les programmes ayant montré leur efficacité pour développer les compétences reposent sur des protocoles structurés, s'appuyant en général sur plusieurs sessions délivrées en classe par un enseignant formé à cette pratique et/ou par un intervenant spécialisé. Ces sessions sont le plus souvent constituées d'exercices pratiques et interactifs (mises en situation, jeux de rôle, etc.).

Ces programmes sont recensés dans trois synthèses de littérature publiées par Santé publique France et consacrées à la prévention du tabagisme⁽¹⁴⁾, des consommations d'alcool⁽¹⁵⁾ et des usages de drogues illicites⁽¹⁶⁾. Ce sont ces données qui ont été synthétisées dans le cadre de l'expertise collective Inserm de 2014⁽⁸⁾.

Plusieurs des programmes identifiés dans ces synthèses de littérature sont expérimentés en France. Santé publique France est, par exemple, impliquée dans les expérimentations suivantes.

- Expérimentation du programme Assist⁽¹⁷⁾ de prévention du tabagisme par les pairs au collège. Partenaires : Comité national contre le tabagisme (CNCT), Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), Education nationale ;
- Expérimentation du programme Good behavior game⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾ de développement des compétences psychosociales en

élémentaire. Partenaires : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, Agence régionale de santé Paca, Villes de Valbonne, Vallauris et Nice, Education nationale ;

- Évaluation du programme Unplugged⁽²⁰⁾ de développement des compétences psychosociales au collège. Partenaires : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) ; Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Apleat), Education nationale ■

[1] Arwidson P. Addictions et enjeux de santé publique. In : Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (coord.). *Traité d'addictologie* (2^e éd.). Paris : Lavoisier Tec & Doc, coll. Traités, 2016 : p. 283-289.

[2] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5^e ed.). Washington DC: American Psychiatric Association, 2013. En ligne : <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

[3] Substance-related and addictive disorders.

[4] Spilka S., Le Nezet O. Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans. Résultats de l'enquête européenne Espad 2015. (Synthèse). Saint-Denis : OFDT, 2016 : 21 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssw9b.pdf>

[5] Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., *et al.* Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2017. Tendances, OFDT, n°123, 2018 : 8 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssy2.pdf>

[6] Au moins dix usages au cours des trente derniers jours. Pour le tabac, l'indicateur retenu est l'usage quotidien.

[7] Outil de repérage, le *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST).

[8] Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : 504 p. En ligne : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5966/Sommaire.html>

[9] Une école promotrice de santé est une école qui met en œuvre et structure de manière systématique un plan pour la santé et le bien-être des élèves et des personnels, et s'appuie sur un pilotage de l'établissement scolaire dans le cadre d'une démarche de projet (avec un diagnostic, un suivi, une évaluation notamment), ainsi que sur l'adhésion des personnels, des parents et des élèves.

[10] Botvin G.J. Prevention of adolescent substance abuse through the development of personal and social competence. *NIDA Res Monogr.* 1983 ; 47 : p. 115-140. <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/monograph47.pdf>

[11] Guerrin B. Albert Bandura et son œuvre. *Recherche en soins infirmiers.* 2012 ; 1(108) : p. 106-116. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-106.htm>

[12] Jessor R. Problem behavior theory. A half-century of research on adolescent behavior and development. In: Lerner R.M., Petersen A.C., Silbereisen R.K., Brooks-Gunn J. (eds). *The developmental science of adolescence: History through autobiography.* New York, NY, US: Psychology Press, 2014: p. 239-256.

[13] Birrell-Weisen R., Orley J., Evans V., Lee J., Sprunger B., Pellaux D. Life Skills Education for children and adolescents in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. Geneva: World Health Organization (1st ed. 1993, 2nd ed. 1997), 1997: 48 p.

[14] Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes: synthèse de la littérature. *Santé Publique.* 2013 ; 25 (hors-série n° 1) : p. 65-74. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS1-page-65.htm>

[15] Guillemont J., Clément J., Cogordan C., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes: synthèse de la littérature. *Santé Publique.* 2013 ; 25 (hors-série n°1) : p. 37-45. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS1-page-37.htm>

[16] du Roscoät E., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé Publique.* 2013; 25 (hors-série n°1): p. 47-56. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS1-page-47.htm>

[17] Campbell R., Starkey F., Holliday J., Audrey S., Bloor M., Parry-Langdon N., *et al.* An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (Assist): a cluster randomised trial. *Lancet.* 2008; 371(9624): p. 1595-1602. En ligne : <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608606923/fulltext>

[18] Kellam S.G., Anthony J.C. Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: Findings from an epidemiologically based randomized field trial. *American Journal of Public Health.* 1998; 88(10): p. 1490-1495. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508467/pdf/amjph00022-0050.pdf>

[19] Kellam S.G., Mackenzie A.C., Brown C.H., Poduska J.M., Wang W., Petras H., *et al.* The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice.* 2011; 6(1): p. 73-84. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824/>

[20] Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Burkhart G., Bohrn K., Cuomo L., Gregori D., *et al.* The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence.* 2010; 108(1-2): p. 56-64.