



Conséquences et réponses publiques



Conséquences judiciaires et réponses pénales

Ivana Obradovic, Caroline Protais

En 2014, sur 584 000 condamnations judiciaires pour crimes et délits, 4 sur 10 concernent des jeunes âgés de moins de 25 ans (soit 220 000 condamnations). La quasi-totalité des condamnations prononcées à l'encontre de mineurs ou de jeunes majeurs sanctionnent un délit, le plus souvent lié à des atteintes aux biens ou aux personnes, mais aussi à des infractions à la législation sur les stupéfiants (10 % des condamnations de mineurs) ou à des délits routiers mettant en cause l'alcool (surtout entre 18 et 25 ans).

Au cours de la dernière décennie, la proportion de jeunes impliqués dans les délits liés à l'alcool ou aux stupéfiants reste stable, voire en baisse, dans un contexte général où ces deux contentieux augmentent fortement. En revanche, les statistiques font clairement apparaître une augmentation de la judiciarisation des faits délictuels mettant en cause les jeunes. Elles traduisent également une diversification des réponses pénales au profit de mesures alternatives aux poursuites à contenu éducatif ou sociosanitaire, visant parfois spécifiquement les jeunes (comme, par exemple, l'orientation vers une consultation jeunes consommateurs (CJC) ou un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants).

La population jeune dans les contentieux liés aux stupéfiants et à l'alcool

Prédominance des jeunes dans les affaires d'infraction à la législation sur les stupéfiants

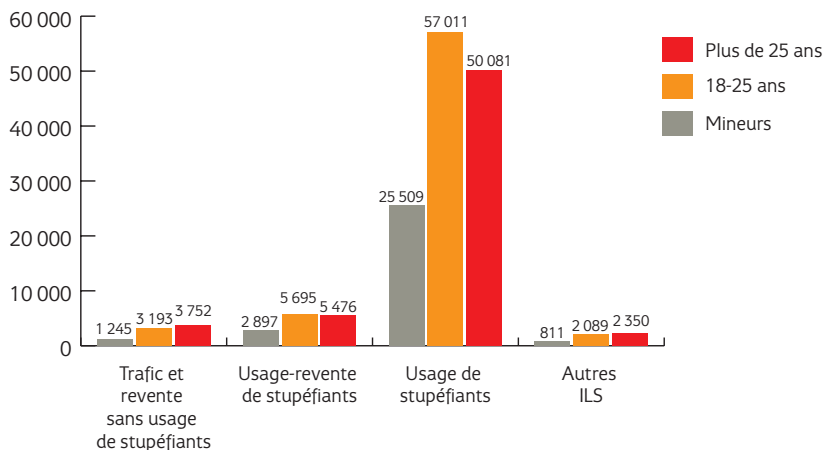
Le nombre de personnes mises en cause par la police et la gendarmerie a globalement très fortement augmenté depuis le milieu des années 1970. La part des mineurs dans l'ensemble a elle aussi augmenté, passant de 14 % à environ 19 % en 2010, au terme d'une progression amorcée au milieu des années 1990. Cependant, la part des mineurs est variable selon les délits.

Les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), en particulier la consommation sur la voie publique, constituent un des principaux motifs d'interpellation des jeunes, avec les vols et les atteintes aux biens (40 %) (Aubusson de Cavarlay 2013). En 2014, près de 100 000 jeunes (mineurs et 18-25 ans) ont été interpellés au titre d'une ILS, le plus souvent pour usage simple (82 520 personnes, soit 84 % des jeunes mis en cause pour ILS), en général de cannabis (figure 1). Les jeunes de moins de 25 ans représentent ainsi plus de 60 % de l'ensemble des interpellations pour ILS. Il s'agit en grande majorité d'hommes (plus de 90 %), en particulier lorsque le produit en cause est le cannabis.

Les suites judiciaires de l'interpellation sont différenciées selon l'âge légal, les moins de 18 ans relevant de la justice des mineurs. En 2014, environ 180 000 mineurs ont été mis en cause dans des affaires jugées « poursuivables » par les parquets (dès lors que l'infraction est suffisamment caractérisée et les charges suffisantes) (ministère de la Justice 2015). Parmi celles-ci, 14 % concernent une infraction à la législation sur les stupéfiants (soit environ 26 000 affaires), le plus souvent un usage simple, ce qui conduit, dans huit cas sur dix, à une mesure alternative aux poursuites (rappel à la loi, orientation sanitaire vers une consultation jeunes consommateurs, stage de sensibilisation aux dangers des stupéfiants, etc.), plutôt qu'à des poursuites.

Lorsque l'infraction est jugée suffisamment grave pour donner lieu à des poursuites, les jeunes passent devant une juridiction (tribunal des mineurs ou tribunal correctionnel) et peuvent éventuellement être condamnés. En matière d'usage de stupéfiants, près de 60 % des condamnations concernent des jeunes : 53 % visent des jeunes majeurs de moins de 25 ans (environ 19 000 condamnations en 2014) et 6 % des mineurs (2 104). La récidive est très fréquente chez les mineurs : près de la moitié d'entre eux récidivent moins de trois ans après leur condamnation, contre à peine un quart des plus de 25 ans.

Figure 1 - Distribution par âge des personnes mises en cause pour ILS par la police et la gendarmerie en 2014



Source : Etat 4001 (ministère de l'Intérieur)

La conduite sous influence, une problématique prégnante parmi les jeunes majeurs

Parmi les infractions liées à l'alcool, la conduite en état alcoolique (CEA) occupe une place centrale puisqu'elle représente près d'un quart de l'activité des tribunaux correctionnels pour les mineurs et les majeurs, loin devant les autres contentieux de ce type (homicides et blessures involontaires en état alcoolique), qui restent marginaux et en constante diminution (Obradovic 2013). Les jeunes sont aussi fortement impliqués dans d'autres infractions liées à l'alcool (violences, ivresses sur la voie publique...), même si les statistiques disponibles ne permettent pas de chiffrer précisément leur part dans ces contentieux.

Alors que les mineurs sont peu concernés par la délinquance routière liée à l'alcool, les jeunes majeurs y occupent une place non négligeable. Globalement, les moins de 25 ans représentent 16 % des condamnés pour CEA. Cette part est encore plus importante pour les condamnés pour ILS, qui sont trois fois plus nombreux, soit 57 % (2014) (ministère de la Justice 2015). Les moins de 25 ans sont également bien plus nombreux parmi les conducteurs sanctionnés pour conduite sous l'emprise de stupéfiants (47 %) (ONISR 2015).

La conduite après usage de produits psychoactifs concerne donc très majoritairement des jeunes et, comme pour l'alcool, principalement des hommes (91 % des conducteurs contrôlés positifs aux stupéfiants dans les accidents mortels).

Une réponse pénale plus systématique et plus diversifiée

Une mobilisation croissante de la chaîne pénale

Conformément aux directives de politique pénale depuis 1994, qui recommandent de sanctionner tout acte délictueux, en particulier lorsqu'il s'agit de « petite et moyenne délinquance » commise par des mineurs, le taux de réponse pénale aux affaires impliquant des mineurs est passé de 60 % en 1994 à 94 % aujourd'hui (Mainaud 2015). Face à l'afflux de procédures en matière d'ILS, la réponse pénale a pu être systématisée grâce au recours croissant aux mesures de la « troisième voie » (alternatives aux poursuites).

La montée en puissance des réponses à contenu éducatif ou sociosanitaire

La mobilisation de la chaîne pénale autour de la gestion des flux de jeunes usagers de stupéfiants a largement bénéficié aux mesures alternatives aux poursuites, en premier lieu les rappels à la loi mais aussi les orientations vers une structure sanitaire et sociale et, dans une moindre mesure, les injonctions thérapeutiques qui concernent environ 600 mineurs par an (Obradovic 2015b). La création des CJC (voir chapitre « Le dispositif des CJC », p. 135) en 2004 a

offre aux parquets une solution d'orientation simple à mettre en œuvre. Ainsi, dès les premières années d'activité des CJC, il a été établi que la moitié du public était adressé par la justice. Ces consultants justiciables sont majoritairement des jeunes majeurs (18-25 ans), de sexe masculin, faiblement diplômés et en situation de chômage ou d'insertion. Par rapport aux autres consultants, venus spontanément ou adressés par l'entourage, les personnes sous main de justice sont plus souvent des jeunes majeurs, usagers de cannabis occasionnels mais fortement visibles dans l'espace public – qui, par exemple, fument dans la rue, en groupe et dans un contexte festif, plutôt que pour maîtriser une angoisse ou dans une perspective d'automédication (Obradovic 2015a).

De la même manière, le dispositif des stages de sensibilisation, mis en place par la loi du 5 mars 2007 afin de compléter l'arsenal des mesures pénales mobilisables avec une sanction jugée plus « dissuasive », a rapidement été mobilisé par les magistrats pour traiter les flux de jeunes usagers de stupéfiants, ce qui n'est pas toujours le cas des nouveaux outils créés par le législateur. La population des stagiaires, majoritairement masculine (93 %), se caractérise ainsi par une prépondérance des jeunes majeurs (64 %), pour la plupart interpellés pour usage ou détention de cannabis. Ce public se distingue par une forte proportion de chômeurs et un faible niveau d'études (Obradovic 2012).

Cadre légal en matière de lutte contre les conduites addictives

Cristina Díaz Gómez

Afin de protéger les jeunes, la législation française prévoit plusieurs restrictions spécifiques aux mineurs pour le tabac, l'alcool et les jeux d'argent et de hasard, tandis que la consommation et le trafic de drogues illicites sont interdits pour tous. Le régime d'autorisations et d'incriminations qui en résulte est complété par un dispositif réglementaire de prévention et de promotion de la santé qui cible directement les jeunes.

Restrictions de l'accès et de l'usage d'alcool et de tabac

En dépit des revendications de certains secteurs liées à des intérêts d'ordre économique (fabricants, « hôtellerie, café, restauration »...), les préoccupations de santé publique (tabagisme chez les jeunes, consommations excessives d'alcool...) ont donné lieu à une réglementation de plus en plus restrictive en matière d'offre et de consommation d'alcool et de tabac.

Des modifications successives jusqu'à l'interdiction de vente pour l'ensemble des mineurs

La France fait partie des pays pionniers en Europe prohibant la vente de tabac aux mineurs (loi du 31 juillet 2003, décret du 6 septembre 2004). Cette interdiction figure dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) que la France a ratifiée en 2004. Toutefois, cette interdiction ne visait que les moins de seize ans. S'agissant spécifiquement de l'alcool, la première interdiction de vente aux mineurs a été instaurée par la loi du 1^{er} octobre 1917 sur la répression de l'ivresse publique et sur la police des débits de boissons. Depuis un siècle, de nombreuses modifications réglementaires se sont succédé pour renforcer ce cadre d'interdiction (décret du 8 février 1955, ordonnance du 7 janvier 1959, loi du 10 janvier 1991, loi du 21 juillet 2009). La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a simplifié l'ensemble de ces dispositions en restreignant l'accès de tous les mineurs à toute forme d'offre et pour tout type de boisson alcoolisée.

Depuis cette date, la vente, distribution ou offre des produits du tabac aux jeunes de moins de 18 ans (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé...) sont aussi prohibées (L. 3512-12 du code de santé publique - CSP). La loi du 17 mars 2014 (dite « loi Hamon ») interdit également la vente de cigarettes électroniques aux mineurs (art. 36 et L. 3513-5 du CSP).

Par ailleurs, aux termes des articles L. 3512-12 et R. 3512-3 du CSP, les buralistes peuvent exiger un document officiel pour établir une preuve de l'âge légal de l'acheteur. Pour l'alcool, le vendeur doit exiger du client cette preuve

(art. 12 de la loi du 26 janvier 2016, L. 3342-1 du CSP). En vue de l'application de cette réglementation, tout manquement du buraliste est puni d'une contravention de 4^e classe (art. 2 du décret du 25 mai 2010, R. 3512-3 du CSP). Les sanctions prévues à l'égard des propriétaires des débits de boissons sont plus sévères puisqu'ils s'exposent à une peine de 7 500 euros d'amende et risquent, en cas de récidive, une sanction maximale d'un an d'emprisonnement et une amende de 15 000 euros.

Le renforcement des interdictions d'exploitation et des règles du commerce

En France, l'accès, l'implantation et l'exploitation des commerces sont strictement régulés. Concernant exclusivement les débits d'alcool, la législation est ancienne, elle interdit aux mineurs de moins de 16 ans d'être reçus dans l'établissement à moins d'être accompagnés par un majeur. Cette infraction est passible d'une contravention de 4^e classe. Les restrictions d'implantation sont plus récentes. Aujourd'hui, l'implantation d'un débit de boisson ou d'un bureau de tabac (L. 3335-1 et L. 3512-10 du CSP) est interdite sur le périmètre des zones protégées (établissements scolaires, espaces de loisirs ou sportifs...). La violation de ce principe d'interdiction est sanctionnée par 3 750 euros d'amende. Les contrevenants risquent également la fermeture de l'établissement.

Par ailleurs, l'encadrement du commerce des produits du tabac s'est renforcé depuis 2003. Ainsi, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de 20 cigarettes – plus accessibles aux jeunes – sont interdites (art. L. 3512-14 du CSP), ainsi que la vente de tabac en distributeurs automatiques (art. L. 3512-11 du CSP). En 2009, l'interdiction a été étendue à la commercialisation de cigarettes aromatisées et, plus récemment, à l'utilisation d'arômes perceptibles pour les cigarettes et le tabac à rouler (art. L. 3512-16 du CSP). S'agissant de l'encadrement du commerce de boissons alcoolisées, depuis 2010 (loi « HPST », décret du 6 mai 2010), la législation française a instauré des mesures spécifiques visant la prévention des comportements à risque liés à la consommation d'alcool, en particulier chez les jeunes (interdiction d'offrir des boissons alcoolisées au forfait ou à volonté, réglementation des happy hours, interdiction de vente de boissons alcoolisées à emporter dans les points de ventes de carburants entre 18 heures et 8 heures et de vente de boissons alcooliques réfrigérées...).

Interdiction de fumer et de vapoter

En 1976, la loi Veil a établi l'interdiction de fumer dans les écoles et collèges, ainsi que dans les locaux collectifs accueillant des jeunes pour des activités de loisirs et de vacances. La loi Évin du 10 janvier 1991 a réaffirmé cette interdiction afin de renforcer son application (Karsenty et Díaz Gómez 2006). La loi prévoyait l'aménagement d'espaces expressément réservés aux fumeurs en milieu scolaire auxquels les élèves de moins de seize ans ne pouvaient accéder. Depuis 2006 (décret du 15 novembre 2006, R. 3512-2 et 3 du CSP), l'interdiction est totale dans tous les lieux collectifs destinés aux mineurs (établissements scolaires, centres d'accueil, de formation, d'hébergement ou dédiés à

la pratique sportive). La consommation de tabac est également interdite dans les aires collectives de jeux (décret du 29 juin 2015, art. R. 3512-3 du CSP). La loi de santé de 2016 a inclus la cigarette électronique dans ces règles d'interdiction. Enfin, l'interdiction de fumer s'applique désormais à l'intérieur d'un véhicule en présence d'un mineur (art. L. 3512-9 du CSP).

Interdiction d'inciter les mineurs à la consommation d'alcool

En 2016, le Code pénal intègre deux nouvelles infractions en matière de lutte contre la consommation d'alcool chez les moins de dix-huit ans. Ainsi, aux termes de l'article 227-19, « le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool » est passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Cet article stipule également que le fait d'inciter un mineur à la consommation habituelle d'alcool est passible de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Par ailleurs, l'offre d'un objet incitant un mineur à la consommation excessive d'alcool est également proscrite (art. 12 de la loi du 26 janvier 2016 et L. 3342-1 du CSP).

Zéro alcool au volant pour les jeunes conducteurs

En matière de sécurité routière, le cadre juridique est identique pour l'ensemble des majeurs, à l'exception de la limite légale d'alcoolémie. Elle est fixée à 0,2 gramme d'alcool par litre de sang pour les conducteurs « novices » (souvent des jeunes), en situation d'apprentissage ou détenteurs d'un permis probatoire (décret du 24 juin 2015 et R. 234-1 du code de la route). Le délai probatoire est établi pour une durée de trois ans après la date d'obtention du permis de conduire. Il est réduit à deux ans si ce permis a été obtenu dans le cadre de la conduite accompagnée (art L. 223-1 du code de la route). S'ils prennent la route en ayant bu (la limite de 0,2 gramme est dépassée dès le premier verre d'alcool), les jeunes conducteurs contrôlés encourrent un retrait de six points sur leur permis, une amende forfaitaire de 135 euros et une immobilisation du véhicule (voir carte sur les législations alcool, p. 180).

Un encadrement publicitaire très partiel

Tandis que la législation prohibe la publicité en faveur des produits du tabac et du vapotage, sauf rares exceptions (enseignes des débits de tabac, publications professionnelles ...) (art. L. 3512-4 et art. L. 3513-4 du CSP), celle en faveur des boissons alcoolisées est proscrite seulement sur les supports utilisés par les médias de masse traditionnels (magazines, cinéma, télévision...). La publicité en faveur des boissons alcoolisées (loi du 21 juillet 2009) et des jeux (loi du 12 mai 2010) est autorisée en ligne, en dehors des sites Internet visant la jeunesse. La loi du 12 mai 2010 édicte d'autres interdictions envers les mineurs : les publications destinées à la jeunesse, les services audiovisuels présentés comme s'adressant à des mineurs et les salles de cinéma lors de la diffusion de films accessibles aux mineurs. Tout manquement des opérateurs les expose à des mesures disciplinaires (avertissements...) qui peuvent aller jusqu'au retrait de l'agrément ou à une sanction pécuniaire.

Interdiction de jeux pour les moins de 18 ans

Les jeux d'argent et de hasard sont interdits aux mineurs, même émancipés (art. 5 de la loi du 12 mai 2010), à l'exception des tombolas communales à but non lucratif (L. 322-3 du code de la sécurité intérieure), des lotos traditionnels¹ (L. 322-4 du code de la sécurité intérieure) et des loteries foraines (L. 322-5 du code de la sécurité intérieure). Cette interdiction s'applique aussi bien dans les espaces physiques de jeux (casino, bureau de tabac...) que sur Internet (poker en ligne...).

Les jeunes et le cadre légal des drogues illicites

Pour les mineurs, un régime juridique identique à celui des majeurs

L'usage illicite de produits classés comme stupéfiants en particulier est un délit passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et une amende de 3 750 euros (L. 3421-1 du CSP). À l'égard des plus jeunes en particulier, la réponse de l'autorité judiciaire, en cas d'infraction d'usage notamment, doit toutefois demeurer à dominante éducative et sanitaire (circulaire du ministère de la Justice du 16 février 2012). Depuis la loi du 5 mars 2007 (art. 48), l'usager peut être contraint d'effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants (art. 131-35-1 du Code pénal). Les mineurs et les jeunes majeurs, usagers occasionnels de drogues, sont particulièrement concernés par ce dispositif, notamment lors de la première infraction (circulaire du 16 février 2012), la mesure pouvant être appliquée aux mineurs âgés d'au moins treize ans (art. 7-2, créé en mars 2007, de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante). Lorsque l'autorité judiciaire estime que l'usager a besoin d'un accompagnement sociosanitaire en lien avec sa consommation ou qu'il est dépendant, il peut être orienté vers une structure spécialisée (comme les consultations jeunes consommateurs), ou encore faire l'objet d'une injonction thérapeutique (voir chapitre précédent).

La cession ou le trafic de stupéfiants sont punis de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. La peine encourue est portée à dix ans d'emprisonnement lorsque les drogues illicites sont proposées à des mineurs dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou aux abords de ces établissements (art. 222-39 du Code pénal).

Une obligation de prévention et de promotion de la santé

Dans les collèges et les lycées, le cadre légal en matière de prévention des conduites addictives est fixé par le code de l'éducation et le code de la santé publique. Depuis 2003, la sensibilisation au risque tabagique est obligatoire dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire (loi du 31 juillet 2003, art. L. 3511-2 du CSP). Aux termes de l'article L. 312-17 du code de l'éducation (créé en août 2004), au moins une séance annuelle doit être assurée pour présenter aux élèves les risques de la consommation d'alcool chez la femme enceinte. Les élèves doivent

¹ Également appelés « poules au gibier », « rifles » ou « quines ».

bénéficier aussi a minima d'une séance annuelle d'information consacrée aux conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis (L. 312-18). Ces mesures s'adressent aux enfants de l'enseignement primaire et secondaire et s'inscrivent dans une démarche globale d'éducation à la santé à l'école. Ainsi, l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation prévoit depuis janvier 2016 la mise en place d'un parcours éducatif de santé pour tous les élèves du primaire et du secondaire incluant notamment la prévention des conduites à risque (voir chapitre suivant).

Prévenir les conduites addictives chez les jeunes

Carine Mutatayi

Face aux conduites addictives, la prévention est une priorité envers les jeunes du fait des conséquences possibles sur leur parcours de vie. Outre les drogues licites ou illicites, elle intègre les addictions sans substance (jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, etc.). La stratégie de prévention promeut l'intervention précoce auprès des jeunes, afin de retarder l'âge des premières pratiques addictives, voire de les empêcher, d'éviter les abus et de réduire les risques associés.

Des mesures d'envergure nationale sont mises en œuvre, telles que les campagnes médiatiques de prévention ou certaines restrictions légales d'accès aux produits (prévention environnementale), en particulier envers les jeunes (voir chapitre « Les jeunes face au commerce numérique des drogues », p. 107). Influencée par les logiques et enjeux de professions diverses, la prévention offre une grande diversité d'approches, sans qu'aucun modèle ne s'impose vraiment en France. Ainsi, une mosaïque d'actions de prévention existent au plan local, déployées pour l'essentiel en milieu scolaire. Leur volume et leur contenu demeurent mal documentés faute d'évaluation et d'un système d'observation performant. La majorité aborde un ensemble large de sujets pour couvrir les besoins d'information et de soutien à la fois de ceux qui ont des pratiques addictives et des autres. Ces actions « tous publics », dites de prévention universelle, sont typiquement celles menées au collège ou au lycée. Les interventions adressées à des publics identifiés comme « à risques » ou déjà consommateurs sont moins fréquentes.

Des priorités nationales de prévention sont définies par la MILDECA ainsi que par le ministère chargé de la Santé et déclinées en région par leurs représentants respectifs au sein des préfectures (chefs de projets « drogues et dépendances ») et des agences régionales de santé (ARS), au prisme de particularités locales. Elles sont relayées ou complétées par des programmes ministériels ou nationaux (cancer, santé scolaire, hépatites, etc.).

À travers le territoire, des structures associatives d'éducation pour la santé ou d'addictologie peuvent être sollicitées pour intervenir en prévention, ainsi que des gendarmes formateurs relais antidrogue (FRAD) ou des policiers formateurs antidrogue (PFAD). Tous ces acteurs exercent grâce à des fonds publics ou de l'Assurance-maladie. Mais nombre d'actions de prévention locales ne verraient pas le jour sans crédits supplémentaires, via des appels à projets, émanant entre autres des chefs de projet « drogues et dépendances », des ARS, de mutuelles ou d'un fonds additionnel dédié de l'Assurance-maladie. Enfin, 10 % du produit des saisies réalisées lors d'enquêtes sur le trafic de stupéfiants servent à financer des actions de prévention.

Les campagnes de prévention

Des campagnes médiatiques à visée préventive sont menées, en général par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), devenu Santé Publique France en 2016, l'agence nationale de santé publique. Elles cherchent à influencer sur les représentations sociales, catalyseurs des changements comportementaux, en informant ou en interpellant sur les risques liés aux usages et la capacité de chacun à agir sur ses pratiques ou celles de son entourage. Ces campagnes s'inscrivent dans la stratégie gouvernementale de communication vers les jeunes et les parents.

Le plus souvent, les campagnes médias dédiées aux jeunes abordent plusieurs produits à la fois parmi les plus consommés (cannabis, alcool, ecstasy, cocaïne), comme les campagnes : « Drogues : ne fermons pas les yeux » (2009), « La drogue, si c'est illégal ce n'est pas par hasard » (2009), « Contre les drogues chacun peut agir », dénonçant le risque à ne pas intervenir dès les usages « simples » (2010, 2011). Celle sur les consultations jeunes consommateurs (CJC) évoque, en plus du cannabis et de l'alcool, les jeux vidéo (2015).

Parfois, des campagnes plus ciblées sont organisées. Ainsi, en 2013, la campagne « antitabac » ciblant les 11-20 ans déjoue les valeurs positives rattachées au produit (indépendance, liberté, plaisir, intégration), dans la lignée d'une longue stratégie de « dénormalisation » de la cigarette. Afin de désamorcer les expérimentations, elle s'assortit d'un outil pour animer le débat entre jeunes : le manga en ligne *Attraction* (sur Internet, DVD ou imprimé) dénonçant les manipulations de l'industrie du tabac. La campagne « Toxicorp » de 2006 dénonce les stratégies de fidélisation et de renouvellement de clientèle que les industriels déploient vers les jeunes. En 2008, la campagne « Boire trop : des sensations "Trop" extrêmes » adressée aux jeunes réfute les perceptions de maîtrise associées à l'alcool, en illustrant les risques immédiats liés à un usage excessif d'alcool (comas, violences, accidents, abus sexuels) et l'ambivalence de ce produit, entre plaisir et nocivité.

Les campagnes se veulent pédagogiques, livrant des outils d'approfondissement (livrets, brochures, sites Internet...), des données scientifiques, et renvoient à des services d'aide (Tabac-info-service, CJC...).

Outre les médias classiques (télévision, radio, presse, affichage), les options extensives du Web et des réseaux sociaux (marketing viral, webséries, YouTube, etc.) offrent un ciblage fin et une couverture large, à moindre coût.

Avant, voire après leur diffusion, les campagnes font souvent l'objet de tests auprès du public-cible sur l'audience, la mémorisation, l'agrément, l'implication et l'intention de changer ses pratiques. Cependant, cela ne permet guère

de conclure quant à leur impact effectif sur les comportements. Pour cela, des études « avant-après » sont parfois réalisées auprès d'échantillons indépendants ou du même échantillon (études longitudinales).

Les collégiens et lycéens d'abord

Du fait de la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, l'enseignement secondaire demeure le cadre privilégié pour accueillir les actions de prévention collectives des conduites addictives ou d'autres pratiques à risques (infections sexuellement transmissibles, violence, etc.). C'est d'ailleurs le seul cadre pour lequel il existe une obligation légale d'information, au moins une fois par an, par groupe d'âge homogène, sur les conséquences des usages de drogues sur la santé, notamment les « effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis », et sur la question de l'alcool à travers le sujet du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) (art. L. 312-17 et L. 312-18 du code de l'éducation).

Au collège et au lycée, le chef d'établissement fixe annuellement les actions de prévention de conduites à risques à mener au profit des élèves, dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Diverses problématiques peuvent être abordées par des actions globales d'éducation pour la santé ou de développement de compétences dites psychosociales (CPS), réputées protectrices à l'encontre des usages (voir article « Les approches psychosociales », p. 140). L'apprentissage des CPS trouve un ancrage dans les missions mêmes de l'école, à travers l'enseignement du socle de connaissances, de compétences (sociales, civiques et décisionnelles) et de culture, que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire (décret du 31 mars 2015). Au demeurant, des actions spécifiques de prévention des conduites addictives peuvent être organisées, impliquant la communauté scolaire, notamment les personnels de santé, pour leur coordination, voire leur réalisation. Elles participent du parcours éducatif de santé pour tous les élèves défini par le projet d'établissement (circulaire du 28 janvier 2016). Elles font souvent appel à des spécialistes externes de prévention, de l'éducation pour la santé, de l'addictologie ou de la police-gendarmerie, mais ces acteurs se croisent rarement lors d'une même action. Tous expliquent ce que sont les substances psychoactives, leurs effets, les risques encourus pour la santé et au plan social ou judiciaire. Les intervenants du champ « santé/addictologie » s'emploient de plus en plus à développer des CPS chez les jeunes.

En 2014, parmi les collégiens de 4^e et 3^e, quatre sur dix disent avoir bénéficié d'une information sur le tabac, l'alcool ou le cannabis, le plus souvent sur les trois ensemble (Spilka *et al.* 2016c).

La prévention, plus éparse hors du milieu scolaire...

Dans les milieux étudiant, professionnel, familial ou ailleurs hors du champ scolaire, la prévention à l'encontre des drogues est moins répandue.

À la fac

Après des étudiants, la prévention des addictions repose sur les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), les mutuelles ou associations étudiantes. Elle n'est ni imposée ni systématique. L'action s'appuie souvent sur des étudiants formés, des pairs conseillers comme les « étudiants-relais santé », notamment en soirées étudiantes pour réduire les alcoolisations massives et les risques associés (sanitaires, routiers, sexuels, etc.). Outre le conseil, elle peut consister à distribuer du matériel de prévention (flyers, alcootests, préservatifs, etc.), promouvoir des capitaines de soirée (volontaires qui demeurent sobres pour ramener leurs amis après la fête), renforcer la responsabilisation des jeunes par l'autoévaluation des usages. Pour cela, plusieurs sites Web existent : www.addictprev.fr, le "Plan B" [http://leplanb.info/...](http://leplanb.info/)

Au travail

Les jeunes en milieu professionnel, salariés ou apprentis, peuvent bénéficier de mesures préventives liées aux conduites addictives, comme tout autre salarié plus âgé. Dans le monde du travail, la prévention des conduites addictives peut être intégrée à la politique de gestion des risques de l'entreprise, pour la sécurité du personnel et des tiers, sous la responsabilité du chef d'entreprise. Elle consiste principalement à repérer ou dépister les usages problématiques (via notamment le médecin du travail), faire de l'intervention brève (voir article « L'efficacité des interventions brèves », p. 144) et orienter vers les structures de soins. Les actions collectives destinées à développer des attitudes « protectrices » et solidaires envers les salariés en difficulté ne sont pas encore généralisées. Pour la première fois, la prévention des addictions figure dans le plan Santé au travail 2016-2020 (ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social 2016).

En soirées (prévention des risques)

Pour les jeunes noctambules (en festivals, free parties, établissements de nuit...), diverses initiatives existent dans de grandes villes. Des équipes de prévention sont parfois présentes pour limiter les risques liés aux usages d'alcool, de drogues ou aux mélanges, durant la fête ou en marge (conduite de véhicule, rapports sexuels non protégés ou non désirés sous l'empire de produits...). Ces équipes animent des stands d'information ou circulent parmi les participants pour proposer du matériel tel que des éthylo-tests, kits de sniff, préservatifs, kits d'injection, bouchons d'oreilles, eau, etc. Dans certains établissements du monde de la nuit, le personnel est formé à refuser de servir les personnes trop alcoolisées et à les aider à organiser leur retour au domicile.

Vers les jeunes plus vulnérables

Certains publics, notamment parmi les jeunes, sont plus vulnérables face aux drogues, du fait de facteurs de risques corrélés aux problématiques d'usages : zones de trafic, espaces festifs, mineurs relevant de la protection de l'enfance ou de la protection judiciaire, secteur professionnel davantage exposé, etc. Des actions de prévention leur sont parfois dédiées afin d'éviter l'installation ou l'intensification d'usages problématiques. Il s'agit alors de prévention sélective.

Les jeunes relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) font partie de ces publics à risques, du fait de vulnérabilités sociales et sanitaires majeures. La mesure judiciaire étant l'occasion d'agir sur les déterminants de santé de ces jeunes pour les aider à atteindre leurs projets de vie, la prévention des conduites addictives peut y trouver sa place. Elle passe par l'autoévaluation par les jeunes de leur santé et des facteurs de risques et de protection liés aux drogues ainsi que le développement de CPS.

Certains dispositifs d'accueil pour les jeunes et leur entourage ou de soutien à la parentalité des foyers vulnérables (difficultés sociales, dépendances, etc.) constituent un moyen de prévention via le cercle familial pour les enfants de ces foyers. Ils visent à accompagner les parents dans le renforcement de compétences relationnelles et éducatives et à développer chez les enfants des repères et aptitudes susceptibles d'agir comme des facteurs protecteurs à l'encontre des pratiques addictives.

Enfin, les jeunes manifestant les premiers signes d'usages/pratiques problématiques peuvent bénéficier d'une aide individualisée de la part de professionnels de santé ou de l'addictologie, sans pour autant relever d'une prise en charge psychothérapeutique. Dans ce type de prévention dite « indiquée », les intervenants soutiennent et conseillent leurs patients pour puiser dans leurs ressources propres et réduire leurs usages et les risques associés. Les consultations jeunes consommateurs (CJC) traduisent cette approche, bien que leurs activités ne s'y résument pas et fournissent aussi une aide aux familles des jeunes consultants (voir chapitre suivant, p. 135).

Le repérage précoce

L'un des enjeux des réponses adaptées aux jeunes consommateurs est d'identifier le plus en amont possible ceux pour qui des problèmes liés aux usages émergent ou se répètent. Le repérage précoce est un préalable à une intervention brève, posant les premières bases d'un dialogue, ou à un accompagnement plus suivi (voir article « L'efficacité des interventions brèves », p. 144). Plusieurs outils standardisés sont disponibles pour repérer les usages problématiques, tels que l'autoquestionnaire Cannabis Abuse Screening Test (CAST) à propos du cannabis, les questionnaires d'entretien généralistes « ADOlescents et Substances Psycho-Actives » (ADOSPA), « DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents » (DEP-ADO) ou la Game Addiction Scale (GAS), propre aux jeux vidéo (www.ofdt.fr/aide-aux-ac-teurs/reperage-precoce/; www.intervenir-addictions.fr/les-outils-supports/).

La montée des programmes qui ont fait leur preuve

Le champ de la prévention fait l'objet de nombreux efforts, alors même que son efficacité est souvent interrogée. Ceci a attisé la volonté de développer et de privilégier les bonnes pratiques fondées sur les données probantes, qui se fait de plus en plus lisible dans le discours politique, en France comme au plan européen, mais aussi à travers des recommandations d'experts (INSERM 2014). Divers organismes français s'emploient à relayer les connaissances scientifiquement validées et une démarche « qualité » en la matière (INPES/Santé publique France, MILDECA, OFDT, etc.). La Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) a été constituée en 2014 afin de promouvoir et de diffuser une politique de prévention fondée sur les approches scientifiquement validées. Dans ce contexte émergent des expériences locales d'adaptation de programmes validés à l'étranger : par exemple, les programmes en milieu scolaire Unplugged (notamment à Orléans et ses environs) et Good Behavior Game (Valbonne Sophia-Antipolis) (voir article « Les approches psychosociales », p.140). C'est aussi le cas des programmes de soutien à la parentalité Strengthening Families (SFP) et Triple-P, internationalement reconnus (UNODC 2015), qui, après des expériences locales réussies (zones de Nice, Lille, Rouen, etc.), devraient se déployer ailleurs en France.

Réduire son tabagisme avec la e-cigarette ?

En février 2016, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) reconnaît la cigarette électronique comme un outil potentiel d'aide au sevrage tabagique et de réduction des risques dès lors que son usage n'est pas couplé à celui du tabac (HCSP 2016). La e-cigarette est aujourd'hui estimée comme moins nocive que ne l'est le tabac fumé (Royal College of Physicians 2016), les recharges liquides de norme AFNOR étant toutefois à privilégier. L'information des professionnels de santé tend à s'organiser en ce sens (Fédération Addiction et RESPADD 2016) : sans encourager la « vape », il s'agit de ne pas la décourager chez les adultes (dont les jeunes majeurs) pour qui la vape « marche » afin de cesser ou de modérer le tabagisme (Beck *et al.* 2015a).

Mais le sujet est plus complexe s'agissant des adolescents, la raison première étant l'interdiction de vendre ou même d'offrir à des mineurs les dispositifs électroniques de vapotage ou leurs recharges, dans tous commerces ou lieux publics. Dès lors, aujourd'hui, le recours « préventif » à ces dispositifs par des adolescents fumeurs requiert en théorie l'intercession d'un adulte, dans le cadre privé, faute de s'inscrire dans une démarche transgressive. Pour l'heure, l'usage de la cigarette électronique par les adolescents semble relativement peu lié à l'intention de cesser ou de limiter son tabagisme : en 2014, à 17 ans, parmi les vapoteurs quotidiens, 63 % fument plus de 5 cigarettes par jour, la moitié ayant un usage intensif (plus de 10 cigarettes par jour) (Spilka *et al.* 2015c). Le faisceau d'études disponibles aux plans national ou international n'est guère concluant quant à l'initiation tabagique par le biais de l'e-cigarette.



Répondre aux consommations des jeunes : le dispositif des CJC

Caroline Protais

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été mises en place par la circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004. Destinées à l'origine à répondre au constat d'une « augmentation importante de la consommation de cannabis », elles se sont imposées comme des « structures pivots » de la prise en charge des addictions chez les 12-25 ans (MILDT 2013). Différentes évaluations menées par l'OFDT permettent d'appréhender les principales évolutions du dispositif depuis plus de dix ans (voir encadré p. 138).

Intervenir précocement auprès des jeunes usagers

Les CJC constituent une offre à destination des jeunes, généralement peu demandeurs de soins, et de leurs familles. Lieux d'écoute confidentiels et gratuits, les CJC permettent de faire le point sur l'état des conduites addictives avant que la consommation ne devienne « problématique ». Leur objectif est ainsi d'accueillir et d'aller vers le bénéficiaire pour proposer une information, une évaluation des consommations de substances psychoactives, mais aussi des addictions sans produit telles que la pratique des jeux vidéo. Conformément à l'objectif d'intervention précoce, les CJC « peuvent mettre en place des consultations de proximité » (circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004). Certaines sont amenées à établir des partenariats avec diverses institutions permettant de recruter le public en amont : établissements scolaires, médecins de premier recours ou structures d'insertion des jeunes. Aussi sont-elles susceptibles de mettre en place des « consultations avancées », permanences implantées dans des structures d'accueil des publics jeunes telles que les lycées ou les maisons des adolescents.

Les CJC ont également pour vocation d'aider le jeune à modifier son comportement en quelques séances, le modèle proposé dans les premières années du dispositif étant de 5 séances. L'esprit de ces consultations est de garantir une disponibilité permise par un renouvellement de la file active et de correspondre à la demande des jeunes, qui n'est pas nécessairement inscrite sur le long terme. Les CJC sont dès lors susceptibles de réorienter le public accueilli vers des structures ou des professionnels de prise en charge de plus long cours, si le consultant en manifeste le désir, ou s'il existe des troubles psychiques associés ou des difficultés sociales.

Une offre de soins effective et en développement

Principalement implantées dans les CSAPA, les CJC prennent place dans le dispositif de soin en addictologie existant. En 2014, 93 % des 540 points de consultations sont en effet gérés par des CSAPA associatifs ou hospitaliers (Obradovic 2015a). Les CJC se répartissent sur l'ensemble du territoire fran-

çais avec toutefois une certaine disparité entre les régions et les structures (en termes de taille et d'activité). L'Île-de-France, Rhône-Alpes et le Nord-Pas de Calais affichent par exemple les concentrations les plus importantes de points de consultation – chacune de ces régions présentant plus de 20 structures gérant des CJC. Et alors que 4 % des structures font état de plus de 25 consultations par mois, une majorité en réalise moins de 10.

Un investissement croissant du milieu scolaire

Si l'orientation en CJC se fait principalement sous l'impulsion de la justice, la famille, ou est le fruit d'une démarche spontanée (voir infra), les professionnels établissent toutefois des partenariats avec certaines institutions extérieures pour dynamiser leurs modes de recrutement. Parmi eux, celui qui est établi avec le milieu scolaire est le plus investi par les principaux acteurs de la CJC. Entre 2007 et 2015, ce mode de recrutement du public a plus que doublé, passant de 4 % à 9 % (Obradovic 2009 ; Protais et al. 2016), alors que celui via le milieu sanitaire avoisine 6 % sans évolution notable, et que l'orientation par le milieu socio-éducatif et les structures d'insertion représente environ 6 à 7 %. Par ailleurs, la tendance est à la multiplication des points de consultation avancée (19 % des consultations en 2015), en particulier dans les points accueil écoute jeunes, qui devancent en 2015 les établissements scolaires, jusque-là premiers sites d'implantation.

Une prise en charge généraliste et diversifiée

Alors qu'au moment de sa création, en 2004, le dispositif affichait un objectif de réorientation en aval de la prise en charge pour les jeunes nécessitant un accompagnement de long terme, la proportion des personnes que les professionnels adressent à un confrère ou une autre structure semble faible, en tout cas jusqu'au sixième rendez-vous. En 2015, seuls 3 % des primo-consultants sont invités à aller consulter auprès d'un autre professionnel (Protais et al. 2016). De fait, loin de se cantonner à 6 séances, le suivi proposé en CJC apparaît comme une offre de prise en charge plus longue, pouvant se prolonger dans le cadre du CSAPA.

La circulaire préconisait également que l'évaluation effectuée par les professionnels de CJC soit réalisée à l'aide de grilles d'évaluation « standardisées » inspirées des standards internationaux et validées scientifiquement¹. En 2014, l'entretien clinique est l'outil d'évaluation employé par 88 % des professionnels. En termes de suivi, 80 % d'entre eux mentionnent des entretiens fondés sur l'écoute et le soutien psychologique. L'approche motivationnelle et la thérapie cognitivo-comportementale, validées par l'expertise collective INSERM de 2004 (INSERM 2004), sont respectivement utilisées par 30 % et seulement 7 % des soignants (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, principalement). Globalement, les professionnels utilisent donc des outils de repérage et psychothérapeutiques « classiques » et généra-

1. Un certain nombre d'actions ont été mises en place par la Fédération Addiction et d'autres acteurs clés du dispositif pour diffuser certaines pratiques et outils validés scientifiquement. La Fédération Addiction est à l'origine de deux guides professionnels, diffusés respectivement à près de 8 000 exemplaires depuis 2012. Elle a également mis en place des formations à l'intervention précoce. Des formations MDFT ont aussi eu lieu dans quelques CJC des principales villes françaises.

listes, tel l'entretien clinique ou de soutien psychologique. En dix ans, les CJC ont par ailleurs inclus des professionnels variés pour diversifier l'offre de prise en charge et l'ouvrir à des intervenants tels que les thérapeutes familiaux, les sophrologues ou les éducateurs sportifs.

Un public en voie de diversification

La file active des CJC est composée de 30 000 personnes en 2014. Les consultants sont principalement des consommateurs venus seuls (dans près de 60 % des cas). La part des familles (en général les parents) venues sans le jeune avoisine quant à elle 7 %.

Justice et famille : les deux principaux vecteurs de recrutement

Depuis dix ans, la justice se présente comme l'institution adressant le plus de jeunes en CJC – notamment via des mesures comme les alternatives aux poursuites pénales. En 2007 ce type d'orientation s'élevait à 48 %. Malgré une baisse significative en 2015, il reste largement majoritaire, puisqu'il concerne 33 % du public accueilli. Jusqu'à cette même année, la démarche spontanée se hissait à la deuxième place des vecteurs de recrutement du public, avoisinant les 20 % de 2005 à 2014. En 2015, l'orientation par la famille la supplante, passant à 20 % alors que les démarches spontanées baissent à 18 %. L'implication des familles dans le dispositif est d'ailleurs un phénomène en hausse : en 2007, les jeunes venaient dans 14 % des cas consulter sous l'impulsion d'un parent ; en 2015, cette proportion atteint 20 %.

Toujours majoritairement des hommes, mais de plus en plus jeunes

Au niveau sociodémographique, la moyenne d'âge des consultants en 2015 est de 19,5 ans, et la classe d'âge la plus représentée est celle des 18-25 ans (près de 48 % du public). La tendance est au rajeunissement, puisqu'en 2005 les mineurs représentaient un quart de la population accueillie (Obradovic 2006), contre près de 45 % en 2015 (Protais et al. 2016). Le public des CJC est par ailleurs à dominante masculine, composé à 80 % de garçons depuis ses débuts. Cet état de fait peut être en partie compris comme une conséquence de la prédominance du public orienté par la justice, constitué principalement d'hommes (à 92 %). La difficulté du dispositif à capter un public féminin demeure toutefois un phénomène constant depuis ses débuts : leur proportion plafonne à 20 % depuis 2006, soit environ 6 000 personnes prises en charge en 2014. L'enquête ESCAPAD 2014 (Spilka et al. 2015d) révèle pour sa part que, parmi les filles de 17 ans ayant fumé du cannabis dans l'année (35 %), entre 23 000 et 26 000 présentaient un risque élevé d'usage problématique de cannabis. L'écart entre le nombre de filles nécessitant théoriquement une prise en charge reste donc particulièrement important.

Fragilisation sociale

Au niveau socio-économique, la part des consultants caractérisée par une fragilité semble s'accroître depuis dix ans. En 2015, chez les 18-25 ans, la proportion de chômeurs s'élève à 24 %, alors qu'elle était de 18,5 % chez les 20-25

ans en 2005 (elle s'élève à 18 % en population générale). En 2015, 62 % des consultants ont un niveau inférieur ou égal au brevet des collèges.

Les produits consommés : le cannabis, mais pas uniquement...

Diversification des conduites à l'origine de la consultation

En 2015, près de 89 % des personnes consultent pour la consommation d'au moins un produit (77 % pour un seul, 12 % pour plusieurs), et 11 % pour une conduite addictive d'un autre type, comme le jeu vidéo. Dans 75 % des cas, le produit consommé est le cannabis. Ce taux est en baisse depuis dix ans, puisqu'en 2005, 92 % des consultants venaient pour un problème lié à la consommation de ce produit. Conformément aux objectifs posés par son cahier des charges, le dispositif s'est donc progressivement ouvert aux autres types d'addictions, même si le recours pour ce produit reste largement majoritaire. Cette percée se traduit notamment par une hausse des consultants pour une addiction aux jeux vidéo (qui atteint 7 % des recours en 2015), un public qui se distingue en bien des points du reste des consultants en CJC : plus jeune, davantage encadré par la famille, moins fragilisé socio-économiquement et moins consommateur de substances psychoactives (Protais et al. 2016). Les recours pour une consommation d'alcool ou de cigarettes restent à l'inverse constants et minoritaires, avoisinant respectivement les 12 % et 7 % (Protais et al. 2016).

CJC : un dispositif suivi par l'OFDT depuis sa création

Depuis dix ans, l'OFDT mène avec le soutien financier de la Fédération Addiction un suivi du dispositif des CJC, visant à accompagner leur mise en place et leur développement, en caractérisant la population accueillie ainsi que les pratiques professionnelles qui s'y déploient.

La dernière étude a été réalisée en 2014-2015 et avait pour objectif de comparer l'évolution du public accueilli en un an, alors qu'un certain nombre d'actions avaient été mises en place dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) pour « valoriser et renforcer les consultations jeunes consommateurs » : campagne de communication sur les CJC, formation des professionnels, diffusion d'un référentiel de bonnes pratiques, constitution d'une base d'expériences de partenariats disponible en ligne... Cette enquête quantitative par questionnaires permettait également une comparaison de l'état du dispositif après dix années d'existence. Dans un souci de comparabilité des résultats, le protocole méthodologique n'a pas été modifié entre les volets menés en 2014 puis en 2015. Le questionnaire a toutefois été substantiellement raccourci la deuxième année pour ne pas défavoriser le taux de réponse, ce qui explique que certaines données du volet 2014 n'aient pas pu être actualisées en 2015.

Un public plus consommateur et expérimentateur

Comme on pouvait s'y attendre, la population des CJC se caractérise également par des prévalences de consommation plus élevées qu'en population générale. La part des consommateurs quotidiens de cannabis s'élève à 33 % en 2015, alors qu'elle concerne 4 % des jeunes de 17 ans en population générale (Spilka *et al.* 2015d). Parmi les consultants venus au titre du cannabis, près de 75 % sont jugés comme présentant un risque élevé d'usage problématique selon le CAST². L'initiation au produit est précoce : en moyenne à 13,7 ans, alors qu'elle se situe généralement à 15 ans en population générale. De même, les expérimentations des autres drogues illicites sont bien supérieures : en 2015, l'usage au moins une fois dans la vie de cocaïne atteint 18 % en population CJC, contre 3,2 % en population générale ; celui de MDMA/ecstasy s'élève à 22 %, contre 3,8 % en population générale ; l'expérimentation d'héroïne atteint 6,7 %, alors qu'elle est de 1 % en population générale. Ces taux augmentent encore chez certains types de consommateurs particulièrement fragilisés socio-économiquement, tels que les consultants venus au titre de l'alcool chez qui l'expérimentation de cocaïne passe à 26 % et celle d'héroïne à 11 % (Protais *et al.* 2016).

Vue d'ensemble

En dix ans, les CJC se sont réparties sur l'ensemble du territoire en tissant des liens avec certaines institutions partenaires en mesure de recruter un public jeune, comme le milieu scolaire, où la tendance est à la multiplication des lieux de « consultation avancée ». Progressivement, elles investissent l'objectif d'intervention précoce affiché depuis leur mise en place via la circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004.

Elles tendent par ailleurs à se spécialiser sur des consultations individuelles, autour d'une population jeune, masculine, socio-économiquement fragilisée, monoconsommatrice, notamment de cannabis, orientée bien souvent par la justice et témoignant de consommations « à risques ».

Cette activité prédominante ne doit pas cacher d'autres objectifs qui participent à la définition du dispositif et qui montent en puissance au fil du temps, comme la prise en charge de l'entourage et la diversification des comportements addictifs, comme ceux liés aux jeux vidéo. Ces consultations semblent donc bien jouer un rôle complémentaire aux autres missions des CSAPA, au regard de la spécialisation vers la tranche d'âge visée et d'un type de consommation caractéristique de l'adolescence (Beck *et al.* 2015b).

2. Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) est un outil de détection des usages problématiques de cannabis élaboré par l'OFDT (Spilka *et al.* 2013).

Carine Mutatayi

L'efficacité des programmes de prévention des usages de drogues, soit leur capacité à réduire les pratiques addictives ou à peser sur les facteurs de risque ou de protection, est au cœur de nombreuses recherches (la plupart nord-américaines). Par essence, celles-ci s'intéressent particulièrement aux effets de la prévention sur des publics jeunes, notamment des adolescents en milieu scolaire.

L'enjeu croissant de l'efficacité de la prévention est lié à une volonté de modernisation et d'harmonisation de la qualité des réponses apportées aux populations, pour des raisons éthiques et une rationalisation des dépenses. L'étiologie des usages de drogues et l'expérimentation de programmes conceptualisés et structurés ont abouti à de grands principes d'actions efficaces, voire à la validation de modèles d'interventions. Cet article se concentre sur des approches de prévention universelle qui exploitent une dynamique sociale et sont documentés par la recherche comme étant les plus efficaces, tous contextes confondus (milieux scolaire, familial, communautaire).

La dynamique psychosociale, ingrédient clé de la prévention

De nombreux travaux mettent en avant que, pour les adolescents, les usages de tabac, d'alcool ou d'autres drogues participent souvent d'un style de vie et sont l'expression d'une influence sociale. Dès lors, des programmes de prévention ont utilisé l'influence sociale comme facteur protecteur, avec un certain succès, comme illustré dans cet article. Dans ce cas, les intervenants de prévention s'attachent à renforcer chez les jeunes des attitudes et des compétences qui aident à contrer la pression sociale poussant à consommer des

drogues. Cette incitation sociale s'incarne dans la proposition de produits ou l'exhortation de la part des pairs et des proches, mais elle peut être aussi intériorisée par l'assimilation d'un modèle social réel ou perçu. Il s'agit alors de mettre à l'épreuve les capacités des jeunes à résister à l'offre de drogues (*anti-drugs resistance skills*). Deux angles sont principalement exploités : l'apprentissage de compétences psychosociales et les méthodes d'influence sociale sur les « croyances normatives ».

L'apprentissage de compétences psychosociales

Les programmes d'apprentissage social sont axés sur l'enseignement et l'exercice de compétences psychosociales (CPS) (*cf. encadré*). Ils se sont révélés efficaces pour réduire les usages de drogues en général, davantage que les programmes centrés sur la transmission de connaissances (Faggiano *et al.* 2014). L'hypothèse est que les jeunes entrent dans les consommations par assimilation et reproduction d'une structure de pensée favorable aux drogues émanant de certains pairs. Pour contrecarrer ce mécanisme, il faut parvenir à développer chez les jeunes des compétences personnelles génériques, cognitives, sociales et émotionnelles, pour les aider à déjouer l'influence des médias, du marketing (alcool, tabac) et les emprises interpersonnelles (notamment entre pairs) afin de résister à l'offre de produits. Ces compétences (CPS) sont par exemple la capacité à établir des objectifs, résoudre des problèmes, prendre des décisions, gérer des conflits, l'affirmation de soi, l'expression de ses émotions, l'écoute active et l'empathie (Lambooy *et al.* 2015). Les repères et les exercices proposés lors des séances de prévention visent aussi à améliorer chez les jeunes l'estime

Les compétences psychosociales (OMS) (WHO 1994)

Les compétences psychosociales (CPS) sont un ensemble de ressources psychologiques et d'aptitudes sociales. Elles permettent de maintenir des comportements favorables à sa santé, de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne dans les relations avec autrui, sa culture et l'environnement. Il s'agit de :

- savoir résoudre les problèmes / savoir prendre des décisions ;
- savoir communiquer efficacement (se faire comprendre) / être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ;
- avoir conscience de soi (se connaître soi-même) / éprouver de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer le stress / savoir gérer ses émotions.

de soi, la gestion du stress et de l'anxiété, la confiance en soi pour interagir avec les autres.

Le modèle de formation aux « compétences de vie » (*lifeskills training*) fait partie de ces programmes d'apprentissage social (Botvin *et al.* 1995 ; Botvin et Griffin 2002). En s'attachant aussi à démentir de fausses croyances sur des aspects « positifs » des consommations, d'autres programmes qui impliquaient des enseignants ou des pairs sur le long terme ont permis de retarder et/ou de diminuer spécifiquement l'usage de cannabis : par exemple les projets Charlie (Chemical Abuse Resolution Lies In Education) ou Drug Abuse Prevention (DAP) et ALERT (Du Roscoät *et al.* 2013a).

L'influence sociale sur les croyances

Les acteurs de prévention qui exploitent les approches dites « d'influence sociale » agissent sur un ensemble de moteurs ou de freins afin d'amoindrir l'acceptabilité des usages. Dans ce cadre, les intervenants de prévention travaillent sur certaines croyances et normes que les jeunes projettent à l'égard des drogues ou des conduites addictives. L'enjeu est notamment de démentir la croyance répandue,

en particulier chez les jeunes, selon laquelle les usages de drogues prédominent – constituent la norme – parmi les pairs ou son groupe social (méthode « d'éducation normative »). Il est ainsi crucial de préciser de façon objectivée la réalité du phénomène par opposition à l'imaginaire. Une autre stratégie consiste à déjouer des valeurs ou croyances normatives favorables aux drogues (l'image d'un produit naturel ou les valeurs contestataires liées au cannabis...). Ces méthodes ont été documentées comme pertinentes pour influencer les attitudes et infléchir les comportements (Cuijpers 2002 ; Faggiano *et al.* 2014 ; Foxcroft et Tsertsvadze 2011 ; Hansen 1992 ; Roe et Becker 2005 ; Sussman *et al.* 2004 ; Tobler *et al.* 2000), y compris parmi les groupes à risques (Porath-Waller *et al.* 2010 ; Roona *et al.* 2003 ; Tobler *et al.* 2000), même si des travaux plus récents viennent relativiser les attentes quant à leurs effets (Foxcroft *et al.* 2015).

La « rectification des valeurs ou croyances » (sur la nature des produits, le commerce et le trafic, l'influence des médias...) a pour but de consolider les représentations et opinions favorables à l'abstinence ou à l'usage modéré vis-à-vis des produits ou des jeux potentiellement addictifs. Cette

« reconstruction » requiert que l'on identifie les représentations initiales mais aussi que l'on considère de façon réaliste tous les aspects des usages, négatifs comme positifs. Elle doit rendre les jeunes conscients des valeurs qu'ils entretiennent, par comparaison à celles d'amis, d'adultes, d'autres groupes sociaux que le leur et mettre en évidence les jeux d'influence de la part des pairs, de la famille... En développant leur lucidité sur ces aspects, les jeunes sont incités à reconsidérer et délaissier des valeurs peu fondées pour adopter plus volontiers des valeurs favorables à leur santé. Il s'agit aussi de les aider à reconnaître les situations à risque et à identifier des alternatives aux bénéfiques tirés de ces usages (hédonisme, sociabilité, etc.).

La capacité de résistance aux influences sociales est complémentaire de la connaissance sur les pratiques addictives et leurs risques encourus sanitaires et sociaux (y compris judiciaires). Combinés, l'apprentissage des CPS et la stratégie d'influence sociale s'avèrent particulièrement efficaces en prévention universelle en milieu scolaire, auprès de préadolescents ou d'adolescents (Faggiano *et al.* 2014 ; UNODC 2013). Le programme européen Unplugged en est un exemple (voir encadré) (Faggiano *et al.* 2008 ; Faggiano *et al.* 2010) ainsi que le projet ALERT, tous deux dirigés vers des élèves de 5^e-4^e (Ellickson et Bell 1990 ; Ghosh-Dastidar *et al.* 2004).

La forme au service du fond : interactivité, action des pairs, continuité...

Pour être efficaces, les approches de prévention qui exploitent le jeu des influences sociales requièrent une certaine interactivité des interventions, permettant aux publics de se positionner, de s'appropriier ou de conforter des repères et de mettre en pratique leurs acquis dans un cadre protégé (Black *et al.* 1998 ; Porath-Waller *et al.* 2010 ; Roona *et al.* 2003 ;

Tobler *et al.* 2000 ; White et Pitts 1998). Les actions doivent miser sur la démonstration, la rétroaction, mais également la répétition. Ainsi, le succès de programmes interactifs est-il étroitement lié à l'intensité des interventions auprès des publics pour un dosage suffisant des « messages » (White *et al.* 1998) et la possibilité d'un séquençage, deux aspects propices à un meilleur apprentissage. Toutefois, pour l'ensemble des approches documentées comme efficaces, les effets bénéfiques (abstinence, recul dans le temps de l'entrée dans les usages...) perdurent rarement au-delà de deux ans, ce qui indique le besoin d'une certaine continuité des réponses de prévention (McGrath *et al.* 2006).

Le concours de pairs « éducateurs » à l'élaboration et à la conduite des programmes de prévention est porteur pour ces approches d'influence sociale (Cuijpers 2002 ; Gottfredson et Wilson 2003). Il peut être particulièrement judicieux vis-à-vis des groupes à risque. Les programmes intégrés, installés dans de multiples cadres de vie de l'adolescent tels que l'école, la famille, la communauté (le quartier), sont davantage susceptibles d'empêcher, de repousser ou de réduire les usages de drogues que les programmes cloisonnés, y compris parmi les jeunes à risques (Du Roscoät *et al.* 2013a ; Jones *et al.* 2006). Le programme de prévention du tabagisme ASSIST en est un exemple (voir encadré).

La littérature scientifique appelle à concevoir et à planifier les programmes de prévention à la lumière des enseignements tirés. Elle préconise de privilégier les approches validées et de les mettre en œuvre au plus près des modalités prévues, pour la cohérence, le caractère évaluable et l'analyse de la transférabilité des expériences. Des standards de qualité sont aujourd'hui disponibles pour guider le développement et l'évaluation de programmes de prévention prometteurs ou encore pour aider à les identifier dans l'éventail des actions existantes (Brotherhood *et al.* 2011 ; UNODC 2013).



Exemples de programmes efficaces transposés en France

■ À travers une séquence de jeux en classe, le programme **Good Behavior Game (GBG)** vise à améliorer la solidarité, la capacité de concentration et de communication chez des enfants de l'école primaire et à valoriser les comportements appropriés. Il a été démontré comme efficace chez des enfants (suivis jusqu'à leurs 20 ans), du fait d'une baisse significative des conduites addictives (alcool, drogues illicites, tabagisme régulier), délinquantes, suicidaires, du recours aux services socio-sanitaires et des incarcérations pour comportement violent (Kellam *et al.* 2011). Le GBG n'empiète pas sur le temps d'apprentissage scolaire, les enfants le pratiquant lors de leurs leçons habituelles. À court terme, il contribue également à pacifier le climat scolaire et à favoriser le bien-être des enfants comme des enseignants. Il est mis en œuvre dans plusieurs écoles de Valbonne Sophia Antipolis.

■ **Unplugged** est un programme de prévention universelle en milieu scolaire sur l'alcool, le tabac et les drogues, expérimenté dans plusieurs pays d'Europe auprès d'élèves de 12 à 14 ans, à travers 12 séances interactives d'une heure, menées par des enseignants formés. Le travail porte d'abord sur des aptitudes intra-personnelles, la confiance en soi, l'expression de soi et le respect des autres, en décryptant les attitudes positives et négatives à l'égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances et la réalité sur les produits et leurs effets et en ayant un œil critique (sur ce que disent les uns, la publicité...). Puis il s'agit de développer les habiletés interpersonnelles, de communication, d'opposition, de conciliation (fixer des objectifs est l'objet de la dernière séance). Le programme inclut trois séances destinées aux parents (comprendre l'adolescence, une bonne relation c'est aussi dicter des règles et des limites...). Unplugged a eu pour effet de réduire le tabagisme, les ivresses et l'usage de cannabis à court terme, chez les garçons (l'âge et l'estime de soi étant des facteurs explicatifs potentiels). Ces bénéfices ont persisté jusqu'à 15 mois pour ce qui est des ivresses et autres problèmes liés à l'alcool, des usages de cannabis, chez les jeunes de niveaux socio-économiques bas (Faggiano *et al.* 2014). Le programme est expérimenté autour d'Orléans, dans les Hauts-de-Seine et en Saône-et-Loire.

■ Le **programme ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial)**, expérimenté au Royaume-Uni, est dédié à des jeunes de 12-13 ans, en milieu scolaire, afin de prévenir l'entrée dans le tabagisme. Il s'appuie sur l'intervention d'élèves choisis par leurs pairs qui bénéficient d'une formation pour le renforcement de leurs connaissances sur le tabagisme, de leur capacité de communication interpersonnelle et de leur confiance à intervenir dans diverses situations. Ce sont ces mêmes capacités que les « pairs porteurs » doivent s'attacher ensuite à stimuler chez leurs camarades, lors de moments informels (en dehors de la classe). L'essai contrôlé randomisé mené sur trois ans auprès de 10 730 élèves de 59 collèges a montré les effets du programme ASSIST sur le tabagisme des adolescents, encore significatifs deux ans après le programme, y compris parmi des jeunes plus à risques (expérimentateurs, fumeurs occasionnels ou ex-fumeurs) (Campbell *et al.* 2008 ; Hollingworth *et al.* 2012).

Cristina Díaz Gómez, Marcus Ngantcha

Intervenir précocement auprès des jeunes qui ont des consommations à risques est au cœur de la stratégie gouvernementale de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013). Ce choix s'inscrit dans la lignée du rapport de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD) (UNODC 2013). Il s'appuie sur un socle de connaissances accumulées depuis les années 1980 relatif à l'efficacité de l'intervention brève (IB) (Dunn *et al.* 2001). Quels sont les contextes (en milieu scolaire, à l'hôpital, etc.) qui permettraient d'optimiser l'intervention auprès des jeunes ? Certains jeunes usagers sont-ils plus réceptifs à ce type d'interventions que d'autres (âge, sexe, substance(s) consommées) ? Des études menées en France et à l'étranger apportent des éclaircissements utiles pour enrichir la réflexion sur les pratiques des professionnels en contact avec les jeunes.

L'intervention brève, une occasion privilégiée

Qu'est-ce que l'intervention brève ?

Développée au début des années 1990 (Miller et Rollnick 1991 ; Miller et Rollnick 2002), l'intervention brève se décline en plusieurs variantes (Grenard *et al.* 2006 ; Milhet et Díaz Gómez 2006). D'après la définition fournie par les standards internationaux en prévention de l'ONUDD, l'intervention brève s'adresse à des personnes qui ne sont pas en demande de traitement mais qui ont un usage à risque ou sont en difficulté avec leur consommation. Elle consiste en un conseil personnalisé minimal suivi d'une orientation en consultation si nécessaire. La modalité la plus diffusée est celle inspirée de l'approche motivationnelle (IBM, intervention brève motivationnelle), (Tevyaw et Monti 2004), méthode centrée sur la personne qui propose d'explorer son ambivalence, ses motivations et ses capaci-

tés de changement (Miller *et al.* 1991). En France, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande ainsi aux professionnels d'évaluer les risques encourus par le consommateur à l'aide de l'entretien motivationnel (HAS 2014).

Quelle peut être son utilité ?

Lors de la période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte, les jeunes ont tendance à bien accepter l'interaction avec une personne bienveillante qui respecte leurs décisions, le besoin d'explorer leurs limites, d'établir leurs valeurs et de fixer leurs propres objectifs de changement (Naar-King et Suarez 2011). L'intervention est aussi un levier efficace pour minimiser le sentiment de frustration qui souvent accompagne les processus de changement (Mehlenbeck et Wember 2008). Enfin, l'absence de jugement de la part de l'intervenant ou du thérapeute et l'attitude fondée sur l'empathie rendent l'approche motivationnelle particulièrement adaptée aux populations adolescentes (Tober 2002 ; Werner 1995).

Que sait-on de son efficacité ?

En milieu scolaire, la littérature montre que les interventions sont efficaces auprès des moins de 18 ans pour réduire la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis. Elles sont aussi un moyen de diminuer l'abus et la dépendance à ces deux substances (Carney *et al.* 2016). Sur les campus universitaires, ces approches permettent de réduire efficacement la consommation et les dommages liés à l'abus d'alcool parmi les étudiants de 18 à 25 ans. Elles facilitent également le repérage des situations nécessitant l'orientation en consultation (Carey *et al.* 2007 ; Fachini *et al.* 2012 ; Ickes *et al.* 2015). Certaines études suggèrent que les jeunes femmes seraient plus réceptives aux interventions que leurs homologues masculins (Carey *et al.* 2010 ; Carey *et al.* 2011).

À l'hôpital (services des urgences), l'efficacité de cette démarche chez les 12-25 ans sur la consommation ou les conséquences négatives liées à l'alcool n'est pas clairement démontrée (Diestelkamp *et al.* 2016). Lorsque l'on s'intéresse à une diversité de milieux (cliniques dentaires, hôpital, centres de détention correctionnelle, etc.), des résultats faibles mais positifs ont été démontrés en faveur de l'IBM (Grenard *et al.* 2006 ; Jensen *et al.* 2011 ; Macgowan et Engle 2010 ; Tait et Hulse 2003). La plupart des travaux ont étudié l'impact des interventions sur l'usage d'alcool seul ou en polyconsommation. Moins nombreuses, les études portant spécifiquement sur la réduction de la consommation de tabac ont montré une moindre efficacité (Tait et Hulse 2003).

La diffusion des IBM dans l'ensemble des espaces fréquentés par les jeunes est recommandée par la littérature scientifique. Cependant, certains lieux accueillant des publics spécifiques gagneraient à être mieux étudiés : services des urgences pédiatriques, centres de planification familiale, services de protection judiciaire de la jeunesse... (Patton *et al.* 2014).

Quelles sont les modalités d'intervention les plus prometteuses ?

Les interventions délivrées au moyen d'Internet ou d'applications mobiles présentent un bon rapport coût/efficacité (Rooke *et al.* 2010). Grâce à leur grande acceptabilité parmi les jeunes, ces modalités de mise en œuvre permettent d'atteindre un large public : elles paraissent moins stigmatisantes et le cadre est également moins contraignant (Tevyaw *et al.* 2004). De nombreuses études auprès des jeunes ont montré que le repérage des comportements à risque au moyen d'un terminal informatisé ou d'un ordinateur s'avère acceptable, faisable et efficace dans des centres d'accueil de premier recours ou à l'hôpital (Harris et Knight 2014 ; Patton *et al.* 2014).

En face à face, les modalités les plus prometteuses seraient les interventions indivi-

duelles (Hennessy et Tanner-Smith 2015) et celles reposant sur l'influence des pairs (Fachini *et al.* 2012) et des parents (Winters et Leitten 2007). Dans un contexte de polyconsommation, les interventions ciblant à la fois l'alcool et les drogues illicites sont efficaces pour réduire l'ensemble des usages. En revanche, celles qui ne visent que l'alcool n'ont pas d'impact sur les autres substances (Tanner-Smith *et al.* 2015).

Des expériences de déploiement en France

Certains réseaux associatifs en collaboration avec l'Éducation nationale et des professionnels du milieu sociosanitaire (consultations jeunes consommateurs – CJC, hôpital...) ont participé à la diffusion de l'IBM au niveau local. Quelques initiatives ont été évaluées et apportent des éclairages utiles (les études présentées n'ont pas une visée exhaustive). Une première étude réalisée dans l'académie de Versailles (Lécallier *et al.* 2012) n'a pas permis de montrer l'impact de l'intervention sur la fréquentation des CJC. Toutefois, il est apparu que les élèves demandaient davantage à revoir les infirmières et les médecins scolaires. Une autre étude conduite auprès des jeunes de moins de 25 ans vus aux urgences d'un hôpital de Rennes (Díaz Gómez *et al.* 2014) n'a pas montré l'efficacité de l'IBM sur la consommation d'alcool, un résultat convergent avec la littérature internationale (Diestelkamp *et al.* 2016).

S'agissant spécifiquement du rôle du personnel scolaire, deux études ont examiné l'impact de la formation au repérage précoce et intervention brève (RPIB), la première auprès d'infirmières scolaires en Île-de-France et la seconde auprès des professionnels de l'Éducation nationale en Aquitaine. Cette action améliore significativement les opinions des personnels sur leurs capacités à repérer et à intervenir utilement auprès des jeunes dans des situations de comportement à risque (Le Rouzic *et al.* 2015). Lorsqu'elle est suivie de mesures d'accompagnement simples, elle permet d'améliorer la capacité d'intervention effective des professionnels (Michaud *et al.* 2015).

