

Chapitre I.

Améliorer les services de prévention et de traitement de l'usage de substances destinés aux jeunes

1. D'après le *Rapport mondial sur les drogues 2018* de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), on estime que, dans le monde, plus de 31 millions d'usagers de drogues souffrent de troubles liés à cet usage, et que beaucoup sont des jeunes³. L'usage de drogues a des incidences économiques et sociales considérables sur les pays, les familles et les communautés, en particulier sur les perspectives d'avenir des jeunes⁴. La situation appelle des efforts renouvelés en faveur de la prévention de l'usage de substances et du traitement des troubles liés à cet usage, y compris des services visant à en réduire les conséquences sanitaires néfastes. Par le document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale, intitulé « Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue », ainsi que par les objectifs de

³L'ONU désigne par le terme « jeunes » les personnes âgées de 15 à 24 ans, sans préjudice des différentes définitions qui ont pu être retenues par les États Membres et d'autres entités. Alors que l'âge de l'entrée dans la consommation de drogues tend à se situer dans cette tranche d'âge, il importe que les interventions préventives commencent plus tôt, à savoir avant la naissance et au cours de la première et de la petite enfance.

⁴Aux fins du présent rapport, le terme « prévention de l'usage de substances psychoactives » désigne l'action visant à empêcher ou à retarder l'entrée dans la consommation de telles substances ou, si cette consommation a déjà commencé, à éviter l'apparition des troubles qui y sont liés (usage nocif ou dépendance). Bien plus généralement, la prévention a pour objet le développement sain et équilibré des enfants et des jeunes, de sorte qu'ils puissent exprimer leurs talents et leur potentiel et devenir des membres actifs de la communauté et de la société. Une prévention efficace contribue beaucoup à l'implication positive des enfants, des jeunes et des adultes au sein de leur famille, à l'école, sur leur lieu de travail et dans leur communauté. Le traitement consiste dans la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances, avec pour but de faire diminuer la consommation des personnes concernées et de réprimer leur désir compulsif de drogues, de traiter leurs affections cooccurrentes, d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur fonctionnement social, et d'empêcher de futurs dommages en réduisant le risque de complications et de rechute.

développement durable n° 1 (Éliminer la pauvreté), n° 3 (Bonne santé et bien-être), n° 4 (Éducation de qualité) et n° 10 (Réduire les inégalités), entre autres, les États Membres ont réaffirmé leur détermination à adopter en matière de prévention et de traitement de l'usage de substances une démarche équilibrée et axée sur la santé.

2. L'article 38 de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961⁵ souligne l'importance des mesures visant à prévenir et traiter la dépendance à la drogue. Cet article, comme il figure dans la Convention de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972⁶, et l'article 20 de la Convention sur les substances psychotropes de 1971⁷ disposent tous deux que les Parties envisageront avec une attention particulière l'abus de drogues et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes intéressées, et qu'elles coordonneront leurs efforts à ces fins.

3. Les conventions disposent également que les Parties favoriseront, autant que possible, la formation d'un personnel chargé d'assurer le traitement, la postcure, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes qui abusent de substances psychotropes et qu'elles aideront les personnes qui en ont besoin dans l'exercice de leur profession à acquérir la connaissance des problèmes posés par l'abus de drogues.

4. Toutefois, les auteurs des conventions n'ont préconisé aucune approche ou méthode particulière pour atteindre

⁵Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 520, n° 7515.

⁶Ibid., vol. 976, n° 14152.

⁷Ibid., vol. 1019, n° 14956.

ces objectifs, compte tenu notamment des différentes situations qui prévalaient dans les pays. Ils pourraient également avoir considéré qu'avec le temps, des progrès scientifiques permettant de mieux comprendre le problème de la dépendance à la drogue seraient accomplis et que de nouvelles méthodes seraient mises au point pour le prévenir et le traiter. Les conventions laissent donc le soin aux gouvernements de trouver les « mesures possibles » en matière de prévention et de traitement de la dépendance, mais elles soulignent par ailleurs l'importance d'un personnel formé à ces questions, qui continuerait d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences à mesure de l'évolution du domaine.

5. Lors de la rédaction des conventions, il n'existait que peu d'études scientifiques abordant les effets physiologiques et psychologiques de l'usage de substances psychoactives sur les jeunes et les méthodes de prévention et de traitement les plus efficaces pour cette population. Cependant, ces quarante dernières années, les connaissances en la matière se sont considérablement accrues. Des stratégies de prévention fondées sur ces données scientifiques mettent en lumière les moyens efficaces d'intervenir dans le cadre familial, en milieu scolaire et au sein des communautés et d'appliquer des méthodes de traitement conçues spécialement pour répondre aux besoins des adolescents, filles ou garçons, qui font usage de substances. Ces stratégies visent à ce que les enfants et les jeunes, en particulier les plus marginalisés et les plus pauvres, aient la possibilité de se développer en restant sains et équilibrés jusqu'à l'âge adulte et au grand âge.

6. Outre les conventions internationales relatives au contrôle des drogues, la Convention relative aux droits de l'enfant⁸ affirme également, en son article 33, qu'il importe de protéger les enfants contre l'usage de drogues et la dépendance à la drogue et dispose que les États parties « prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les traités internationaux pertinents, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances ».

7. D'autre part, la nécessité de lutter contre l'usage de drogues et la dépendance à la drogue, en particulier chez les jeunes, a fait l'objet de nombreuses résolutions et déclarations de la Commission des stupéfiants, du Conseil économique et social et de l'Assemblée générale aux sessions extraordinaires qu'elle a tenues sur le problème mondial de la drogue en 1998 et 2016.

8. Le chapitre premier du rapport annuel de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) pour 2009⁹, consacré à la prévention, offrait un aperçu des progrès scientifiques accomplis en matière de prévention chez les jeunes et contenait les recommandations suivantes :

- Les gouvernements devraient désigner expressément un point focal chargé de la prévention primaire, élaborer une stratégie nationale de lutte contre la drogue et des politiques de santé publique, et doter les organismes et institutions des moyens nécessaires pour collaborer et coopérer afin d'atteindre les objectifs de prévention ;
- Les gouvernements devraient mettre en place des mécanismes qui aident à mieux comprendre l'usage de drogues et les facteurs qui l'influencent, ils devraient recueillir et diffuser des connaissances sur les meilleures pratiques, évaluer les activités qu'ils mènent en matière de prévention primaire et valoriser les ressources humaines qui sont chargées de cette prévention ;
- L'ONUDC devrait collaborer avec d'autres acteurs pour élaborer des normes à l'aune desquelles les gouvernements pourraient mesurer leur action de prévention primaire. Il devrait plus particulièrement collaborer avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les organisations non gouvernementales concernées et le secteur privé pour mettre au point, faire connaître et diffuser des éléments de référence pouvant aider les gouvernements à améliorer la qualité de leur action de prévention primaire.

9. Plus récemment, le chapitre premier du rapport annuel de l'OICS pour 2017¹⁰ (Traitement, réadaptation et réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues – éléments essentiels de la réduction de la demande de drogues) était consacré aux besoins en matière de traitement de groupes particuliers de population, dont les adolescents. Il recensait les nombreuses difficultés que présentait la satisfaction de ces besoins et soulignait la nécessité de mener des recherches plus poussées concernant, d'une part, les effets que des médicaments utilisés dans le traitement des adultes pouvaient avoir sur les enfants et les adolescents et, d'autre part, l'efficacité des interventions psychosociales menées auprès des adolescents.

⁸Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1577, n° 27531.

⁹E/INCB/2009/1.

¹⁰E/INCB/2017/1.

10. Le présent chapitre du rapport annuel pour 2019 porte sur l'usage de substances psychoactives chez les jeunes et sur l'amélioration des services de prévention et de traitement fondés sur des données factuelles ; il reprend et complète les conclusions et recommandations figurant dans les rapports annuels de l'OICS pour 2009 et 2017. Ces dix dernières années, depuis la publication du rapport annuel de l'OICS pour 2009, les gouvernements ont progressé dans la mise en œuvre de programmes de prévention, mais ils n'ont pris conscience que récemment des incidences déterminantes que pouvaient avoir les conclusions de la science et leur application au niveau des politiques et de la pratique pour ce qui est de lutter contre l'usage de substances à l'échelle mondiale.

11. L'ONUDC a produit une série de publications sur la prévention, le traitement, la prise en charge et la réadaptation qui doivent aider les États Membres à remplir leur engagement « de promouvoir, d'élaborer, de réviser ou de renforcer des programmes efficaces, globaux et intégrés de réduction de la demande fondés sur des données scientifiques et prévoyant diverses mesures, concernant notamment la prévention primaire, l'intervention précoce, le traitement, les soins, la réadaptation et la réinsertion sociale, ainsi que des services de soutien connexes »¹¹. Certaines de ces publications abordent plus particulièrement les questions des interventions et services destinés aux enfants et aux jeunes : les *Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues* de l'ONUDC, publiées pour la première fois en 2013 et révisées conjointement avec l'OMS en 2018 ; les *Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues* publiées en 2017 ; et la brochure sur les politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé intitulée *Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues* (brochure 10 de la série consacrée à l'éducation à la santé), publiée par l'UNESCO, l'OMS et l'ONUDC en 2017. Ces publications témoignent de l'état de la recherche et de la science dans ces domaines, mais elles devront être actualisées à mesure que de nouvelles connaissances seront acquises.

12. Si les décideurs et le public sont souvent très sensibilisés à l'usage de substances, en particulier chez les jeunes, et préoccupés par la question, ils ne connaissent pas toujours les stratégies de prévention et de traitement fondées sur des données factuelles qui existent et permettent d'intervenir à tout moment pour prévenir efficacement la première prise de substances et la progression

¹¹Déclaration politique et Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue (voir *Documents officiels du Conseil économique et social, 2009, Supplément n° 8 (E/2009/28)*, chap. I, sect. C).

de l'usage, et le type de traitement pouvant être offert à ceux qui en ont besoin. Ces stratégies efficaces, issues de plus de trente ans de recherche et d'expérimentation sur le terrain, sont actuellement mises en œuvre dans plusieurs régions du monde. Il importe que les experts gouvernementaux et la société civile comprennent bien ces stratégies et élaborent des politiques qui intègrent les mesures les plus propres à fournir aux jeunes des services de prévention et de traitement fondés sur des données factuelles et à favoriser cette offre.

13. De nombreux pays accordent une attention particulière à l'usage de substances chez les jeunes, ce qui peut donner l'impression aux jeunes eux-mêmes que cet usage est une pratique normale : « tout le monde le fait ». Par exemple, l'adoption dans certains pays, il y a peu, de lois autorisant l'usage médical – et plus récemment, l'usage non médical ou « récréatif » – de cannabis, la dépenalisation, dans d'autres, de l'usage de cannabis ou encore l'accès facilité à plusieurs substances psychoactives peuvent entraîner parmi les jeunes une moindre perception des risques concernant les conséquences sociales, affectives ou physiques de l'usage de substances¹². Il est prouvé que ces erreurs d'interprétation peuvent pousser les jeunes à entamer une consommation de substances¹³. Les gouvernements et la société ont appris de l'histoire de la consommation de tabac combien il était important d'empêcher les enfants et les jeunes de se tourner vers l'usage de substances psychoactives en mettant en œuvre des mesures et politiques de prévention fondées sur des données factuelles.

14. Parallèlement à ces préoccupations, les travaux de recherche démontrent qu'à l'échelle mondiale, l'usage de substances dans la population en général n'est pas si courant qu'il peut sembler l'être à première vue. Par exemple, d'après les données épidémiologiques internationales disponibles, la majorité (plus de 80 %) des jeunes (âgés de moins de 24 ans) ne prennent pas de substances placées sous contrôle¹⁴. Toutefois, des éléments montrent également que certains jeunes sont particulièrement vulnérables

¹²Charlotte Skoglund *et al.*, « Public opinion on alcohol consumption and intoxication at Swedish professional football events », *Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, vol. 12, n° 21 (mai 2017) ; Tina Van Havere *et al.*, « Drug use and nightlife: more than just dance music », *Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, vol. 6, n° 18 (juillet 2011).

¹³Sarah-Jeanne Salvy *et al.*, « Proximal and distal social influence on alcohol consumption and marijuana use among middle school adolescents », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 144 (novembre 2014), p. 93 à 101 ; Megan S. Schuler *et al.*, « Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school », *Addictive Behaviors*, vol. 88 (janvier 2019), p. 99 à 105.

¹⁴*Rapport mondial sur les drogues 2018* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.18.XI.9).

en raison de la pauvreté et des conditions sociales extrêmes dans lesquelles ils vivent. Il a été démontré que des mesures de prévention et de traitement ciblant les jeunes influent sur l'usage de substances et les troubles qui y sont liés, sur leurs conséquences sanitaires et sociales, ainsi que sur l'agressivité, la violence juvénile et, dans le cas de formations aux compétences familiales, la maltraitance des enfants. Il existe donc des impératifs forts de prévention et de traitement fondés sur des données factuelles au titre de plusieurs objectifs de développement durable, notamment la cible 3.5, qui vise à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, mais aussi les cibles 3.3, qui vise à mettre fin à l'épidémie de sida et à combattre l'hépatite, 3.4, qui vise entre autres à promouvoir la santé mentale et le bien-être, 16.1, qui vise à réduire nettement toutes les formes de violence, et 16.2, qui vise à mettre un terme à toutes les formes de violence dont sont victimes les enfants. En outre, les mesures de prévention et de traitement de l'usage de substances fondées sur des données factuelles contribuent à réduire la pauvreté (objectif de développement durable n° 1) ainsi que les inégalités de genre et inégalités économiques (objectifs 5 et 10), et elles contribuent à rendre les villes sûres et résilientes (objectif 11).

15. Les rapports annuels de l'OICS pour 2009 et 2017 présentaient les progrès scientifiques qui avaient été accomplis au moment de leur élaboration dans le domaine de la prévention et du traitement des troubles liés à l'usage de substances. Le présent chapitre fait le point sur ces progrès et sur la meilleure compréhension de la situation qui en a découlé concernant l'usage de substances psychoactives, sa nature et son ampleur chez les jeunes, la manière dont une première prise à l'adolescence peut entraîner la dépendance ou des troubles et, surtout, les stratégies de prévention et de traitement scientifiquement validées qui permettent de lutter contre l'usage de drogues et les troubles liés à cet usage chez les jeunes.

16. Plusieurs points importants sont à relever :

- L'amélioration des données épidémiologiques internationales, qui permet de mieux comprendre l'usage de substances à l'adolescence et au début de l'âge adulte, c'est-à-dire au sein de la population âgée de 15 à 24 ans, mais qui exacerbe aussi les craintes ;
- La définition de ce champ qu'est la science de la prévention et de sa possible application concrète ;
- La refonte de l'étiologie de l'usage de substances et de la propension à évoluer de cet usage vers les troubles qui y sont liés ;
- La redéfinition de la prévention de l'usage de substances dans un contexte de santé publique pour intégrer des mesures de prévention adaptées au niveau de risque et de vulnérabilité (à savoir des mesures universelles, ciblées ou individualisées) et aux besoins des jeunes en matière de traitement, ces besoins étant différents de ceux des adultes ;
- Les *Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues* de l'ONUDC et de l'OMS (deuxième édition révisée, 2018) et les *Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues* (2017), susmentionnées, qui font la synthèse des études existantes et présentent des stratégies et principes de prévention et de traitement fondés sur des données factuelles, notamment les éléments que doit comprendre un système national de prévention et de traitement.

Épidémiologie de l'usage de substances psychoactives chez les jeunes

17. Les tendances et caractéristiques de l'usage de substances, en général et chez les jeunes en particulier, diffèrent considérablement d'une région à l'autre, ce qui tient à des situations distinctes et à des conditions culturelles et sociales distinctes. Ainsi, la prévalence de l'usage de stimulants de type amphétamine est particulièrement élevée en Asie, tandis qu'en Amérique latine, ce sont la pâte de coca et la cocaïne qui font l'objet d'une forte consommation, en plus du cannabis. De même, il existe des différences importantes entre l'Amérique du Nord et l'Europe en ce qui concerne les caractéristiques de l'usage de substances.

18. Les données épidémiologiques les plus récentes dont on dispose concernant l'usage de substances chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) figurent dans le *Rapport mondial sur les drogues 2018* de l'ONUDC, dont le fascicule 4, sur les drogues et les groupes d'âge, contient quelques grandes constatations relatives aux jeunes :

- C'est chez les jeunes (en particulier ceux de 18 à 25 ans) que l'usage de substances et les conséquences qu'il entraîne pour la santé sont les plus importants ;
- Il est difficile d'obtenir des estimations mondiales de l'usage de substances chez les jeunes âgés de moins de 18 ans en raison du nombre limité d'études réalisées dans certaines régions, des différentes méthodes utilisées pour mesurer la prévalence et des diverses catégories d'âge auxquelles se réfèrent les études disponibles ;

- D'une manière générale, il est établi que les taux d'usage sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes bien que, dans certaines régions, l'écart ait tendance à se réduire ;
- Le cannabis est très consommé parmi les jeunes. D'après les estimations de l'ONUDC concernant l'usage de cannabis dans le monde en 2016, fondées sur les données recueillies dans 130 pays, 13,8 millions de jeunes âgés de 15 et 16 ans, soit 5,6% des jeunes de cette tranche d'âge, avaient consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'étude. En Océanie, le taux de prévalence au cours de l'année écoulée pour cette catégorie d'âge s'élevait à 11,4 % ; dans les Amériques, à 11,6 % ; en Afrique, à 6,6 % ; en Europe, à 13,9 % ; et en Asie, à 2,7 % ;
- Si la collecte et l'harmonisation des données relatives aux causes de décès dans différents pays posent des difficultés, l'OMS estimait dans ses statistiques pour 2015 que si les décès de jeunes âgés de 15 à 29 ans, toutes causes confondues, ne représentaient que 4,8 % de l'ensemble des décès cette année-là, ce groupe d'âge représentait en revanche 23,1 % des décès imputables aux troubles liés à l'usage de drogue¹⁵ ;
- En raison de la pharmacologie de ces substances psychoactives et de la physiologie des cerveaux en développement des jeunes, il arrive un moment où c'est l'envie de retrouver les effets produits par la substance qui entraîne l'usage, indépendamment des facteurs sociaux et psychologiques ayant joué un rôle lors de la première prise et au début de l'usage ;
- Le passage des jeunes au stade des troubles liés à l'usage de substances est complexe. De nombreux éléments entrent en jeu dans l'évolution de l'usage de substances vers les troubles liés à cet usage. Si de nombreux jeunes qui commencent à consommer des substances psychoactives finissent par arrêter, ceux qui sont les plus vulnérables, en raison de facteurs physiologiques, sociaux, affectifs et développementaux, peuvent se mettre à prendre plusieurs substances, ou à en prendre de plus en plus souvent, ou les deux ;
- De nombreux jeunes s'impliquent dans la filière de la drogue, notamment parce qu'ils sont pauvres et manquent de perspectives sociales et économiques.

Ils risquent alors d'adopter d'autres comportements délictueux ou violents, d'être incarcérés ou de mourir prématurément.

19. L'âge auquel commence l'usage est le point le plus préoccupant à l'échelle mondiale, car les travaux de recherche indiquent que plus cet âge est précoce, plus le risque de troubles liés aux effets de ces substances sur le cerveau en développement est important¹⁶. Louisa Degenhardt et son équipe¹⁷ ont comparé l'âge auquel était entamée la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et de cocaïne dans les 17 pays qui ont pris part à l'enquête mondiale sur la santé mentale intitulée « World Mental Health Survey Initiative ». Ils ont montré que l'âge médian était similaire dans tous ces pays : entre 16 et 19 ans pour l'alcool et le tabac, entre 18 et 19 ans pour le cannabis et entre 21 et 24 ans pour la cocaïne. Ces résultats donnent à penser que des mesures et politiques de prévention fondées sur des données factuelles devraient cibler les enfants et les adolescents, filles ou garçons, bien avant qu'ils n'atteignent l'âge de la première prise.

20. Des études longitudinales dans le cadre desquelles des enfants ont été suivis jusqu'à l'âge adulte ont montré que plus la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis commençait tôt, plus le risque d'usage de drogues comme les opiacés et la cocaïne était élevé¹⁸. Des études épidémiologiques et travaux de recherche en laboratoire consacrés à ce lien ont fait apparaître que des facteurs génétiques, biologiques et sociétaux jouaient sur cette évolution¹⁹.

21. En effet, les adolescents commençaient à consommer de l'alcool, du tabac et du cannabis parce que la disponibilité de ces substances et l'approbation sociale ou le

¹⁶Ibid.

¹⁷Louisa Degenhardt *et al.*, « Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 7 (juillet 2008).

¹⁸Denise Kandel, « Stages in adolescent involvement in drug use », *Science*, vol. 190, n° 4217 (novembre 1975), p. 912 à 914 ; Michael T. Lynskey *et al.*, « Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs. co-twin controls », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 4 (janvier 2003), p. 427 à 433.

¹⁹Arpana Agrawal, Carol A. Prescott et Kenneth S. Kendler, « Forms of cannabis and cocaine: a twin study », *American Journal of Medical Genetics, Part B Neuropsychiatric Genetics*, vol. 129B, n° 1 (mai 2004), p. 125 à 128 ; Denise Kandel et Eric Kandel, « The gateway hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives », *Acta Paediatrica*, vol. 104, n° 2 (février 2015), p. 130 à 137 ; Stephen Nkansah-Amankra et Mark Minelli, « "Gateway hypothesis" and early drug use: additional findings from tracking a population-based sample of adolescents to adulthood », *Preventive Medicine Reports*, vol. 4 (mai 2016), p. 134 à 141 ; et Michael M. Vanyukov *et al.*, « Common liability to addiction and "gateway hypothesis": theoretical, empirical and evolutionary perspective », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 123, Suppl. 1 (juin 2012), p. S3 à S17.

¹⁵OMS, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age and Sex and by Country and Region, 2000-2015 (Genève, 2016).

caractère normatif de leur consommation leur en donnait une image positive et qu'ils connaissaient mal les risques associés à cet usage²⁰. Les idées fausses que se font les adolescentes et adolescents peuvent être corrigées grâce à des mesures de prévention efficaces. Les interventions qui font évoluer ces perceptions, en particulier celle concernant le caractère normatif de l'usage de substances, ont des retombées positives²¹.

22. Les jeunes issus de milieux favorisés essaient le cannabis (expérimentation ponctuelle) plus souvent que ceux de milieux socioéconomiques plus modestes. Cela étant, le risque de développer des troubles liés à l'usage de cannabis est plus étroitement associé à un milieu modeste, à un parcours scolaire perturbé et à une fin de scolarité précoce. La raison en est que les jeunes de milieux favorisés sont mieux armés d'un point de vue socioculturel pour maîtriser et réguler leur consommation²².

23. Le lien clairement attesté entre la consommation d'alcool et de tabac et celle d'autres substances psychoactives, qui sont l'objet premier des conventions internationales, fait ressortir la nécessité de lutter également contre la consommation d'alcool et de tabac dans le cadre des programmes de prévention.

24. L'usage de substances par les parents peut avoir de graves conséquences sur les enfants et entraîner chez eux une morbidité émotionnelle et physique à long terme qui se manifesterait au début de l'âge adulte. Parmi ces conséquences figurent les effets directs de l'usage de substances par la mère sur la santé de l'enfant, dont l'insuffisance pondérale à la naissance, le syndrome d'alcoolisation

²⁰Lloyd D. Johnston *et al.*, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2012*, vol. I: *Secondary School Students* (Ann Arbor, Institut de recherche sociale, Université du Michigan, 2013); Katherine M. Keyes *et al.*, « The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007 », *Addiction*, vol. 106, n° 10 (octobre 2011), p. 1790 à 1800 ; et Yvonne M. Terry-McElrath *et al.*, « Risk is still relevant: time-varying associations between perceived risk and marijuana use among US 12th grade students from 1991 to 2016 », *Addictive Behaviors*, vol. 74 (novembre 2017), p. 13 à 19.

²¹Kenneth W. Griffin et Gilbert J. Botvin, « Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 19, n° 3 (juillet 2010), p. 505 à 526 ; Li C. Liu, Brian R. Flay et Aban Aya Investigators, « Evaluating mediation in longitudinal multivariate data: mediation effects for the Aban Aya Youth Project Drug Prevention Program », *Prevention Science*, vol. 10, n° 3 (septembre 2009), p. 197 à 207 ; Catherine J. Lillehoj, Linda Trudeau et Richard Spoth, « Longitudinal modeling of adolescent normative beliefs and substance initiation », *Journal of Alcohol and Drug Education*, vol. 49, n° 2 (juin 2005).

²²François Beck, Romain Guignard et Jean-Baptiste Richard, « Actualités épidémiologiques du cannabis », *La Revue du praticien*, vol. 63, n° 10 (décembre 2013), p. 1420 à 1424.

foetale²³, les problèmes respiratoires dus au tabagisme passif²⁴, des mauvais traitements et négligences fréquents envers les enfants²⁵, d'autres problèmes de santé²⁶ et des problèmes de développement à long terme²⁷, ainsi qu'une probabilité accrue que l'enfant consomme également des substances²⁸. Ces conséquences sont lourdes et ont des retombées sociales et économiques dans tous les pays²⁹. Ainsi, en ce qui concerne les groupes d'âge allant de la petite enfance à la fin de l'adolescence, il faut lutter à la fois contre les effets de l'usage qui est le fait de l'enfant ou de l'adolescent lui-même et contre celui qui est le fait des parents ou de la famille, car il peut avoir des incidences sur les enfants et les adolescents, que ceux-ci soient consommateurs ou non.

Comprendre le passage de l'usage à l'abus

25. La recherche épidémiologique des années 1970 a permis de commencer à identifier les facteurs déterminants dans le début de l'usage de substances et à comprendre l'évolution vers une consommation de plus en plus importante. Deux études, publiées en 1992 et 1993, ont proposé une synthèse de ces travaux. Dans la

²³Sylvia Roozen *et al.*, « Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders: a systematic literature review including meta-analysis », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 40, n° 1 (juin 2016), p. 18 à 32 ; Thitinart Sithisarn, Don T. Granger et Henrietta S. Bada, « Consequences of prenatal substance use », *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 24, n° 2 (décembre 2012), p. 105 à 112.

²⁴États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* (Atlanta, Géorgie, 2006).

²⁵Brad Donohue *et al.*, « Contribution of illicit/non prescribed marijuana and hard-drug use to child abuse and neglect potential while considering social desirability », *British Journal of Social Work*, vol. 49, n° 1 (janvier 2019), p. 77 à 95.

²⁶Tessa L. Crume *et al.*, « Cannabis use during the perinatal period in a State with legalized recreational and medical marijuana: the association between maternal characteristics, breastfeeding patterns, and neonatal outcome », *Journal of Pediatrics*, vol. 197 (juin 2018), p. 90 à 96.

²⁷Peter A. Fried, « Conceptual issues in behavioral teratology and their application in determining long-term sequelae of prenatal marijuana exposure », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 43, n° 1 (mars 2002), p. 81 à 102.

²⁸Pamela C. Griesler *et al.*, « Nonmedical prescription opioid use by parents and adolescents in the US », *Pediatrics*, vol. 143, n° 3 (mars 2019) ; Kimberly L. Henry, « Fathers' alcohol and cannabis use disorder and early onset of drug use by their children », *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*, vol. 78, n° 3 (mai 2017), p. 458 à 462 ; Shulamith Straussner et Christine Fewell, « A review of recent literature on the impact of parental substance use disorders on children and provision of effective services », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 31, n° 4 (juillet 2018), p. 363 à 367.

²⁹Henrick Harwood, Douglas Fountain et Gina Livermore, *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse et National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998).

première, Hawkins et son équipe (1992)³⁰ ont décrit les facteurs de risque associés à l'entrée dans la consommation ; ceux-ci comprenaient tant des facteurs contextuels (lois et normes propices aux comportements d'usage, disponibilité des substances, privation économique extrême et désorganisation des quartiers, par exemple) que des facteurs individuels et interpersonnels (caractéristiques physiologiques, antécédents familiaux d'usage de substances, attitude vis-à-vis de l'usage de substances, gestion familiale défaillante/incohérente, conflits familiaux et liens familiaux distendus, par exemple). Dans la deuxième étude, Glantz et Pickens³¹ ont montré que, si les facteurs contextuels jouaient un rôle important dans le déclenchement de l'usage, les facteurs individuels et interpersonnels, en particulier les facteurs physiologiques, neurologiques et génétiques, avaient une plus grande incidence sur le passage à l'abus.

26. Deux études plus récentes sont parvenues à la conclusion que les facteurs génétiques, y compris les effets de l'environnement sur l'expression et la fonction des gènes, comptaient pour beaucoup dans la vulnérabilité d'une personne à la dépendance³². Par exemple, une étude récente a révélé que l'usage de cannabis et celui d'alcool semblaient être influencés par des facteurs génétiques communs³³. Certains profils génétiques peuvent influencer de manière considérable sur la vulnérabilité des personnes à l'usage de substances et à l'évolution vers la dépendance. Il est avéré que les mesures de prévention conçues spécifiquement pour les personnes génétiquement prédisposées à l'usage de substances permettent de les faire dévier de leur itinéraire de consommation et d'améliorer ainsi leur qualité de vie³⁴.

27. La recherche a montré que, pour certaines substances, un début d'usage ne conduisait pas toujours à un usage abusif³⁵. Il est prouvé que les gens sont plus

susceptibles de s'abstenir spontanément de prendre des substances telles que l'alcool, la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines, dont les effets physiques et psychologiques néfastes peuvent se faire ressentir plus rapidement que ceux du tabac ou du cannabis³⁶. En théorie, il peut y avoir à tout moment, dans une même aire géographique, quatre groupes distincts quant à leur attitude à l'égard de l'usage de substances³⁷ :

- Les non-consommateurs résolus, qui sont déterminés à ne pas prendre de substances psychoactives ;
- Les non-consommateurs vulnérables, qui ne prennent pas de substances psychoactives à ce moment-là mais qui, pour des raisons psychologiques, sociales ou affectives, peuvent commencer à en consommer ;
- Les consommateurs au stade précoce, qui peuvent avoir commencé à prendre une ou plusieurs substances psychoactives et qui peuvent, ou non, en ressentir les conséquences néfastes ;
- Les consommateurs au stade avancé, qui n'en sont plus au début de leur consommation et qui ressentent, ou non, des effets sur leur santé et des conséquences sociales.

28. Ces observations, tirées des études susmentionnées, tendent à indiquer qu'il faudrait mettre en place dans les communautés toute une gamme de services de prévention et de traitement intégrés afin de répondre aux besoins particuliers de la population.

29. La plupart des enfants et des adolescents, filles ou garçons, appartiennent à l'un des trois premiers groupes. Comme on l'explique ci-après, chacun de ces groupes appelle des mesures spécifiques de prévention et de traitement fondées sur des données factuelles.

30. Tous les êtres humains franchissent les mêmes étapes dans leur développement au fur et à mesure qu'ils avancent en âge pour devenir des membres sains et productifs de la société. Le passage de ces étapes peut être

³⁰David J. Hawkins, Richard F. Catalano et Janet Y. Miller, « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention », *Psychological Bulletin*, vol. 112, n° 1 (juillet 1992), p. 64 à 105.

³¹Meyer D. Glantz et Roy W. Pickens, « Vulnerability to drug abuse: introduction and overview », *Vulnerability to Drug Abuse*, Meyer D. Glantz et Roy W. Pickens, eds. (Washington, American Psychological Association, 1993), p. 1 à 14.

³²Carolyn E. Sartor *et al.*, « Common genetic contributions to alcohol and cannabis use and dependence symptomatology », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 34, n° 3 (mars 2010), p. 545 à 554.

³³Ibid.

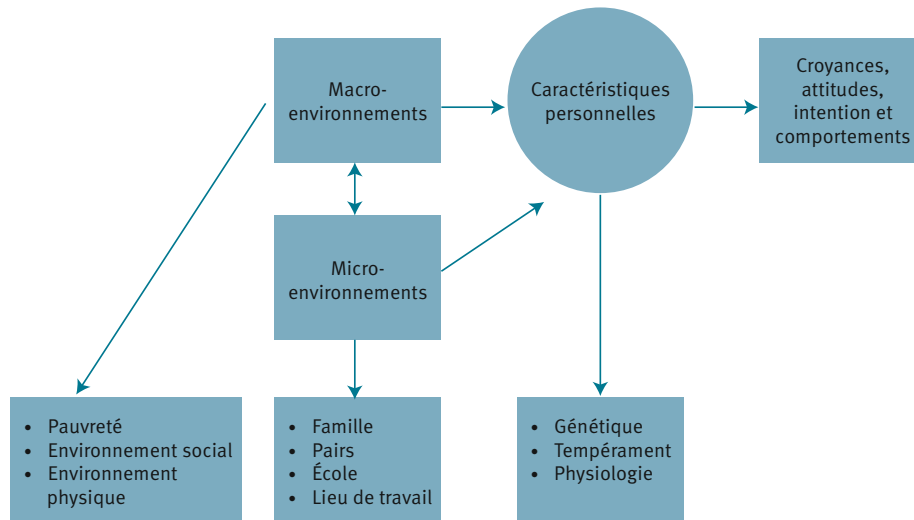
³⁴Gene H. Brody *et al.*, « Differential sensitivity to prevention programming: a dopaminergic polymorphism-enhanced prevention effect on protective parenting and adolescent substance use », *Health Psychology*, vol. 33, n° 2 (février 2014), p. 182 à 191.

³⁵Jerald G. Bachman *et al.*, *The Decline of Substance Use in Young Adulthood: Changes in Social Activities, Roles, and Beliefs* (Sussex de l'Est, Royaume-Uni, Psychology Press, 2014).

³⁶G. Bischof *et al.*, « Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample », *Addiction*, vol. 96, n° 9 (septembre 2001), p. 1327 à 1336 ; Linda C. Sobell, Timothy P. Ellingstad et Mark B. Sobell, « Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions », *Addiction*, vol. 95, n° 5 (mai 2002), p. 749 à 764.

³⁷William D. Crano *et al.*, « The at-risk adolescent marijuana nonuser: expanding the standard distinction », *Prevention Science*, vol. 9, n° 2 (juin 2008), p. 129 à 137.

Figure I. Modèle de vulnérabilité



Source : Zili Sloboda, « School-based prevention: evolution of evidence-based strategies », *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, Carl G. Leukefeld et Thomas P. Gullotta, éd. (New York, Springer, 2018).

favorisé ou compliqué par certaines caractéristiques individuelles, ainsi que par des sources d'influence proches (parents, famille, école) ou plus distantes (conditions économiques et sociales, médias, médias sociaux et politiques suivies au niveau national). Les recherches menées sur les facteurs génétiques, physiques et environnementaux et sur leurs interactions, afin d'établir la vulnérabilité à l'usage de substances et à d'autres comportements similaires, ont conduit à redéfinir les concepts de facteurs de risque et facteurs de protection, ce qui pourrait permettre d'améliorer la mise en œuvre et l'exécution de mesures de prévention et de traitement destinées aux enfants et aux adolescents³⁸.

31. La figure I donne un aperçu de la question de façon simplifiée. Elle aide à clarifier le concept de vulnérabilité et à mieux comprendre les notions de risque et de protection comme interfaces entre, d'une part, les caractéristiques physiques, psychologiques et génétiques d'une personne et, d'autre part, ce qui influe sur son développement physique, cognitif, affectif et social : parents et famille, école, organisations d'inspiration religieuse, pairs, lieu de travail et communauté plus ou moins soudée.

32. La figure I illustre les facteurs en jeu dans les processus de motivation et de changement chez l'être humain. Elle démontre les interactions qui ont lieu entre les environnements de différentes échelles dans lesquels la personne évolue, d'une part, et les caractéristiques

individuelles de celle-ci, d'autre part, dans le processus de prise de décisions qui précède l'usage de substances et l'adoption d'autres comportements problématiques.

33. La génétique et d'autres facteurs biologiques jouent un rôle important dans le franchissement des étapes de développement, c'est-à-dire dans la réalisation des objectifs de chaque stade du développement, de la petite enfance au début de l'âge adulte, y compris en ce qui concerne les moyens intellectuels, l'acquisition du langage, le fonctionnement cognitif, affectif et psychologique, ainsi que l'acquisition de compétences sociales.

34. La mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints détermine le niveau de vulnérabilité de chacun face aux influences de son environnement, sachant que cette vulnérabilité peut varier au cours de la vie. Cependant, les enfants qui, pour diverses raisons, ne parviennent pas à franchir les premières étapes de développement sont plus susceptibles de ne pas passer non plus les suivantes et, par conséquent, de rencontrer des difficultés à l'âge adulte.

35. Les facteurs environnementaux peuvent réduire ou accroître cette vulnérabilité. Le risque d'usage de substances augmente par suite d'expériences qui, telles des difficultés vécues pendant l'enfance, sont sources de stress ou synonymes d'adversité. On considère que les influences de l'environnement se situent principalement à deux niveaux : d'une part, dans l'entourage proche de la personne (les micro-environnements, qui englobent les parents et la famille, l'école et les pairs) et, d'autre part, dans son entourage plus général (les macro-environnements, qui couvrent le milieu physique et le milieu social, y compris Internet et les médias sociaux). L'environnement plus large que

³⁸Zili Sloboda, Meyer D. Glantz et Ralph E. Tarter, « Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention », *Substance Use and Misuse*, vol. 47, n^{os} 8 et 9 (juin 2012), p. 1 à 19.

constitue la communauté et la nécessité de respecter l'état de droit et d'autres normes sociétales influent aussi sur la vulnérabilité des jeunes. On en trouve une illustration avec les zones urbaines marginalisées où des organisations criminelles, souvent impliquées dans le trafic de drogues, ont la mainmise sur le territoire tandis que les autorités sont incapables d'asseoir leur contrôle, d'assurer aux citoyens un accès à des services sanitaires et sociaux ne serait-ce qu'élémentaires ou d'apporter aux jeunes l'aide dont ils ont besoin pour développer leur potentiel.

36. Si Internet et les médias sociaux offrent de nouveaux moyens de faire de la prévention, ils ont aussi élargi les possibilités de commercialisation et de transmission sociale de produits et comportements dangereux, contribuant ainsi à une exposition accrue à l'usage de substances par une normalisation de celui-ci et la présentation des expériences des usagers sous un jour favorable. Sur YouTube, par exemple, certains bloggeurs et influenceurs diffusent des informations sur les nouvelles substances et les nouveaux modes d'administration qui y sont associés ; ils mettent en avant les effets jugés « positifs » et minimisent les conséquences néfastes de l'usage et, à l'appui de leurs choix, fournissent aux jeunes des données détaillées mais pas forcément factuelles sur cet usage.

37. Les deux niveaux d'influence (micro- et macro-environnements) ne fonctionnent pas indépendamment ; ils ont aussi des répercussions l'un sur l'autre. Par exemple, la stabilité de la famille, voire l'éducation des enfants, peuvent être mises à mal lorsqu'un des soutiens de famille ou les deux se retrouvent sans emploi pendant de longues périodes³⁹.

38. C'est l'interface au niveau de laquelle les micro- et macro-environnements influent sur la personne qui façonne le développement cognitif et affectif de celle-ci, ainsi que ses croyances, attitudes et comportements, et qui en font un être social capable de devenir un membre productif de la communauté. Ces interactions peuvent être positives (facteurs de protection) ou négatives (facteurs de risque). C'est également à ce niveau qu'il est

possible d'améliorer le développement ou d'en favoriser une évolution positive. Ainsi, les enfants vulnérables dont les parents s'occupent bien peuvent surmonter les difficultés auxquelles ils sont confrontés, alors que les enfants vulnérables négligés par leurs parents ont moins de chances de s'épanouir comme les premiers⁴⁰.

39. Les facteurs culturels et le contexte jouent également un rôle. Lorsqu'une culture décourage fortement l'usage de substances, le taux de consommation peut être moins élevé. En revanche, si l'usage de substances fait partie intégrante des rites ou festivités d'une culture, il n'existe probablement que peu de raisons de ne pas engager de consommation ou de ne pas poursuivre celle qui est entamée, à moins que ces rites culturels ne s'accompagnent de restrictions. La définition culturelle des rôles, en particulier des rôles liés au genre, est aussi susceptible d'atténuer ou d'accentuer l'usage de substances.

40. Ces processus s'illustrent dans les expériences vécues par chacune et chacun. Imaginez une enfant vivant dans la pauvreté et dont les parents sont absents, car ils sont incarcérés, souffrent d'un problème de dépendance ou occupent deux ou trois emplois. Imaginez ensuite une enfant qui se trouve dans la même situation mais qui a, à ses côtés, un grand-parent ou un autre adulte bienveillant et protecteur qui peut l'aider à franchir les différentes étapes de son développement. Ou imaginez cette enfant fréquentant une école où elle se sent en sécurité et acceptée : elle est plus susceptible d'acquiescer un caractère sociable et d'adopter des comportements sains et favorisant les relations sociales grâce à ces liens et à cet attachement. Le sentiment d'appartenance et le fait de bénéficier d'un soutien sont essentiels au développement humain. Imaginez maintenant cette fillette qui ne peut compter sur aucun membre de sa famille ou aucun environnement scolaire qui lui procure sécurité et soutien. Que se passerait-il si son chemin venait à croiser celui d'un gang de rue répondant à son besoin d'appartenance ? Et qu'advierait-il si le gang en question se livrait au trafic de drogues ou à des activités criminelles ?

41. Il ne s'agit pas là de situations hypothétiques, mais d'exemples tirés de la réalité. Les mesures de prévention fondées sur des données factuelles sont conçues pour aider les parents et les familles en difficulté à s'orienter vers une parentalité positive. Elles permettent aussi d'aider les écoles à créer des environnements sûrs et positifs où les enfants, ainsi que le personnel scolaire, peuvent bénéficier de conditions propices à l'apprentissage.

³⁹Geert Dom *et al.*, « The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 13, n° 1 (janvier 2016) ; Mark A. Bellis *et al.*, « National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England », *BMC Medicine*, vol. 12, n° 72 (mai 2014) ; Dieter Henkel, « Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2011) », *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, n° 1 (2011), p. 4 à 27 ; Heta Moustgaard, Mauricio Avendano et Pekka Martikainen, « Parental unemployment and offspring psychotropic medication purchases: a longitudinal fixed-effects analysis of 138,644 adolescents », *American Journal of Epidemiology*, vol. 187, n° 9 (septembre 2018), p. 1880 à 1888 ; Université d'Oxford, « Unemployment triggers increase in child neglect, according to new research », 3 novembre 2017.

⁴⁰Karl G. Hill *et al.*, « Person-environment interaction in the prediction of alcohol abuse and alcohol dependence in adulthood », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110, n° 1 et 2 (juillet 2010), p. 62 à 69.

Modèle de vulnérabilité et mesures de prévention

42. La figure I vise aussi à guider l'élaboration de mesures de prévention suivant la figure II. Celle-ci tend à montrer que le processus de socialisation (en d'autres termes, l'assimilation de la culture, des attitudes, des croyances, de la langue et des comportements propres à la société dans laquelle une personne vit) sert également de mécanisme de prévention, grâce auquel les principaux agents de socialisation (à savoir les parents et les autres membres de la famille, les enseignants et les responsables de l'application des lois et des règlements) peuvent renforcer leurs aptitudes en matière de socialisation (par l'amélioration de leurs compétences parentales ou pédagogiques, par exemple) ou faire évoluer les conditions sociales et physiques en place afin de rendre plus difficile l'adoption de comportements néfastes. Ainsi, les mesures de prévention fondées sur des données factuelles peuvent contribuer à faire de la famille, de l'école et de la communauté des forces positives dans l'éducation d'un enfant, qui apprend à ne pas céder à l'usage de substances ou à d'autres comportements à risque. Dans la figure II, les étoiles signalent les éléments propices aux mesures de prévention.

43. Comme le montre la figure II, il est établi que c'est « l'intention » qui détermine le début de l'usage de substances ; c'est donc sur cette étape que portent les mesures d'intervention efficaces, particulièrement celles destinées aux enfants et aux tout jeunes adolescents, qui ne sont pas encore entrés dans les années « à risque ». Selon les théories du comportement humain, les intentions reposent sur des croyances et des attitudes, des connaissances, des compétences sociales et cognitives et des aptitudes. Pour être efficaces, les mesures de prévention doivent cibler ces

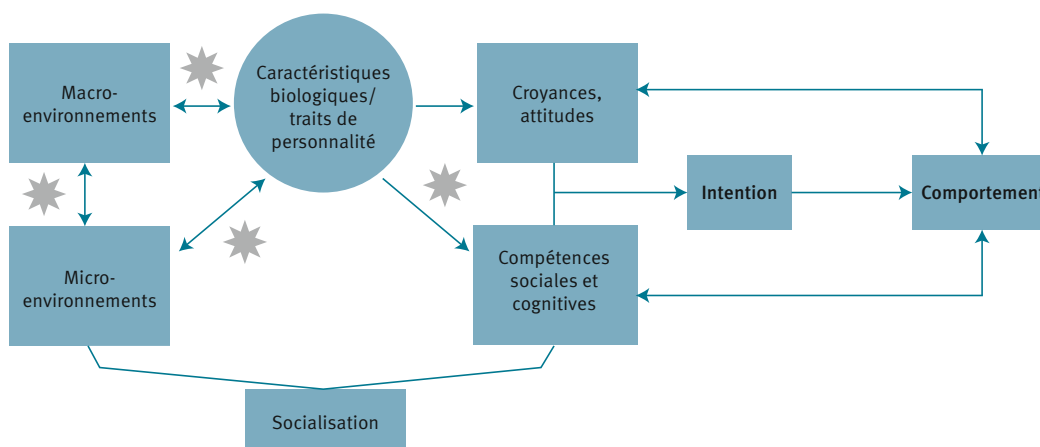
facteurs de médiation pour, d'une part, faire évoluer de façon plus ou moins radicale le comportement de ceux qui se sont engagés sur une mauvaise voie, en encourageant un développement favorable et en réduisant les comportements néfastes, et, d'autre part, renforcer les facteurs positifs à l'œuvre dans le cas de ceux qui n'ont pas l'intention de consommer de substances psychoactives.

Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues et autres ressources de prévention fondées sur des données factuelles

44. Les progrès de la recherche ont permis de produire un certain nombre d'outils conçus pour aider les responsables à élaborer des mesures de prévention fondées sur des données factuelles et adaptées aux caractéristiques et aux besoins de la population. Les *Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues* (deuxième édition, 2018), élaborées par l'ONU DC et l'OMS, en sont l'exemple le plus notable. Elles décrivent les principaux éléments, structures et stratégies de mise en œuvre qui se sont avérés efficaces dans le cadre de mesures de prévention quelles qu'elles soient. La figure III présente le contenu des *Normes* sous une forme condensée.

45. La figure III indique les milieux visés par les mesures (famille, école, communauté, lieu de travail et secteur de la santé, dans la colonne de gauche), celles-ci étant regroupées par groupe d'âge ciblé (période prénatale et première enfance, petite enfance, préadolescence, première et seconde phases de l'adolescence et vie adulte, en haut de la figure).

Figure II. Points d'intervention en matière de prévention



Source : Zili Sloboda, *Universal Prevention Curriculum for Substance Use*.

Note : Les étoiles signalent des points d'intervention.

Figure III. Tableau récapitulatif des stratégies fondées sur les données factuelles mentionnées dans les *Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues* (2^e éd., 2018) de l'ONU DC et de l'OMS

	PÉRIODE PRÉNATALE ET PREMIÈRE ENFANCE	PETITE ENFANCE	PRÉADOLESCENCE	PREMIÈRE PHASE DE L'ADOLESCENCE	SECONDE PHASE DE L'ADOLESCENCE	VIE ADULTE
Famille	Visite prénatale et de première enfance Mesures destinées aux femmes enceintes		Compétences parentales			
École		Éducation du petit enfant	Éducation aux compétences personnelles et sociales Gestion de la classe Politiques de maintien à l'école	Éducation préventive fondée sur les compétences et influences sociales Programmes propres à l'établissement visant à renforcer l'attachement à l'école	Prise en charge des vulnérabilités individuelles	
Communauté				Politiques scolaires relatives à l'usage de substances Politiques relatives à l'alcool et au tabac		
	Initiatives composites à assise communautaire					
				Campagnes médiatiques Mentorat		
Lieu de travail					Programmes de prévention sur les lieux de loisir Programmes de prévention sur les lieux de travail	
Secteur de la santé	Mesures destinées aux femmes enceintes		Prise en charge des troubles de la santé mentale			
	Interventions brèves					

Stratégie mentionnée dans la première édition des *Normes*
 Stratégie ajoutée dans la deuxième édition des *Normes*

Source : ONU DC et OMS.

46. Parmi les programmes axés sur le micro-environnement, on citera ceux qui portent sur les compétences familiales et parentales. Les programmes de ce type visent le traitement, les soins médicaux prénatals, ainsi que l'aide au logement et à la satisfaction d'autres besoins. Le Programme de parentalité positive dit Triple P⁴¹ est un programme de soutien familial et d'acquisition de compétences parentales qui propose une série d'activités de difficulté et d'intensité progressives concernant l'éducation des enfants. Autre exemple d'action efficace auprès des familles, le programme 10-14 de renforcement des familles⁴² comprend des activités qui sont destinées aux seuls parents, aux seuls enfants et aux deux groupes à la fois et qui sont axées sur les compétences parentales et les liens familiaux. Il s'étale sur sept semaines.

⁴¹Matthew R. Sanders, « Development, evaluation and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 8 (avril 2012), p. 345 à 379.

⁴²Richard Spoth *et al.*, « Research on the strengthening families program for parents and youth 10-14: long-term effects, mechanisms, translation to public health, PROSPER partnership scale up », dans *Handbook of Adolescent Drug Prevention: Research, Intervention, Strategies, and Practices* (Washington, American Psychological Association, 2015), p. 267 à 292.

47. Parmi les politiques et mesures de prévention fondées sur des données factuelles qui ont été conçues pour le milieu scolaire, on citera les programmes d'enseignement LifeSkills Training⁴³ et Unplugged⁴⁴. Tous deux sont axés sur les compétences personnelles et sociales, dont les aptitudes à prendre des décisions, à se fixer des objectifs et à analyser les informations disponibles concernant les substances psychoactives et la violence. L'acquisition de ces compétences doit aider les élèves à prendre conscience des influences favorables à la drogue auxquelles chacun et chacune sont soumis, à y résister et à faire le choix de ne pas prendre de substances psychoactives. Pour renforcer la détermination des élèves, ces programmes s'attaquent aux perceptions erronées rattachées aux croyances normatives sur les substances psychoactives, soutiennent les élèves dans leur intention de ne pas

⁴³Gilbert J. Botvin *et al.*, « Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population », *Addictive Behaviors*, vol. 25, n° 5 (septembre-octobre 2000), p. 769 à 774.

⁴⁴Federica D. Vigna-Taglianti *et al.*, « "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial », *New Directions for Youth Development*, vol. 2014, n° 141 (avril 2014), p. 67 à 82.

consommer de substances et leur permettent de s'entraîner à diverses techniques de refus avec leurs camarades de classe à l'aide de simulations qui les mettent face à des situations auxquelles ils sont déjà confrontés ou auxquelles ils pourraient être confrontés à l'avenir. Le Good Behaviour Game est un autre programme très efficace qui améliore l'ambiance des salles de classe et renforce les liens en milieu scolaire⁴⁵.

48. Les politiques fondées sur des données factuelles peuvent s'attaquer à l'accessibilité et à l'usage des substances psychoactives. Il peut s'agir par exemple de politiques arrêtées par les établissements scolaires concernant l'usage de telles substances dans leurs murs. La réussite d'une politique dépend des éléments suivants : la sélection des personnes qui prennent part à sa conception ; la mise en place de réponses claires qui, en cas d'infraction, s'appliquent non seulement aux élèves mais également au personnel scolaire et qui ne prennent pas la forme de mesures punitives (suspension, expulsion ou renvoi) mais de mesures d'appui (orientation vers des services d'évaluation et de conseil) ; et la sensibilisation du personnel scolaire, des élèves, des parents et des autres acteurs clés aux politiques en vigueur et à leur application.

49. Parmi les stratégies de réglementation conçues en fonction de l'environnement, celles qui portent leurs fruits consistent notamment à restreindre l'accès aux médicaments ayant des propriétés psychoactives en exigeant une ordonnance rédigée par un professionnel de la santé habilité et à limiter l'accès des enfants et des adolescents au tabac, à l'alcool et, le cas échéant, au cannabis. Les autres règles qui, effectivement appliquées, ont fait la preuve de leur efficacité consistent notamment à interdire de fumer des cigarettes dans les lieux publics, à limiter la quantité d'alcool pouvant être servie dans un bar, une brasserie ou un restaurant et à restreindre l'accès aux précurseurs utilisés dans la fabrication de certaines drogues illicites, telles que la benzylméthylcétone, l'éphédrine et la pseudoéphédrine, qui servent à fabriquer de la méthamphétamine.

50. Les *Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues* font également état de recherches consacrées aux mesures qui se sont avérées inadéquates et, dans certains cas, iatrogènes. Il en va ainsi par exemple du dépistage de l'usage de drogues dans les écoles, du dépistage sur les lieux de travail lorsqu'il ne s'appuie pas sur des politiques fondées sur des données factuelles en matière d'usage de substances, et

des programmes qui cherchent à faire peur ou qui se résument à la communication d'informations sans traiter les éléments qui doivent être abordés par des mesures fondées sur des données factuelles telles que celles décrites ci-dessus.

Progrès en matière de traitement des jeunes fondé sur des données factuelles

51. L'histoire de la recherche sur le traitement est plus longue que celle de la recherche sur la prévention. La présente section est consacrée aux progrès qui, ces quarante-cinq dernières années, ont permis de mieux comprendre les besoins des usagers de substances de tous âges, en particulier des jeunes, en matière de traitement. Étant donné que le cerveau continue de se développer tout au long de l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte et que les substances psychoactives influent sur son fonctionnement, les adolescents, filles ou garçons, deviennent plus rapidement dépendants que les adultes, dont le cerveau a atteint sa maturité, lorsqu'ils commencent à consommer des substances. Ils ne peuvent donc pas être traités de la même manière que les adultes. Selon Winters et ses collègues (2011)⁴⁶, cette observation a été formulée pour la première fois dès 1952. Entre ce moment et les années 1980, ces différences quant aux caractéristiques et conséquences de l'usage de substances ayant été reconnues et les questions de développement étudiées, des méthodes de traitement adaptées aux adolescents ont pu être explorées.

52. Les données épidémiologiques relatives à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents montrent que les expériences de consommation, telles qu'elles sont prises en compte lors du traitement, sont différentes de celles des adultes. Par exemple, les adolescents sont plus enclins à consommer des produits à inhaler et du cannabis et à pratiquer le « binge drinking » (alcoolisation massive en un temps réduit). En outre, d'après Izenwasser et ses coauteurs (2005)⁴⁷, les conséquences de l'usage de ces substances (en particulier de l'alcool et de la nicotine) sont plus graves pour les adolescents que pour les adultes, en particulier chez les hommes. Les adolescents se livrent davantage à la consommation massive ponctuelle que les adultes, sont moins à même d'identifier les problèmes qui se posent, accordent plus d'importance aux effets à court terme des substances et

⁴⁵Nicholas S. Ialongo *et al.*, « Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior », *American Journal of Community Psychology*, vol. 27, n° 5 (octobre 1999), p. 599 à 641.

⁴⁶Ken C. Winters, Adrian M. Botzet et Tamara Fahnhorst, « Advances in adolescent substance abuse treatment », *Current Psychiatry Reports*, vol. 13, n° 5 (octobre 2011), p. 416 à 421.

⁴⁷Sari Izenwasser, « Differential effects of psychoactive drugs in adolescents and adults », *Critical Reviews of Neurobiology*, vol. 17, n° 2 (2005), p. 51 à 68.

présentent un plus fort taux de troubles psychiatriques cooccurrents⁴⁸. Il peut donc être difficile de leur proposer un traitement.

53. Les *Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues* établies par l'ONUUDC et l'OMS comportent des recommandations spécifiques concernant le traitement des adolescents, filles ou garçons. Il y est notamment préconisé de mettre l'accent sur les dimensions psychosociales et comportementales du traitement, de faire participer les familles et de tenir compte des autres aspects sociaux de la vie de l'enfant ou de l'adolescent dans le cadre du traitement. Les méthodes de traitement doivent prendre en considération le développement cognitif et le vécu des enfants et des adolescents, ce qui explique qu'elles puissent varier selon l'âge et le stade de développement de la patiente ou du patient. Le manque de connaissances et de compétences adaptées à leur stade de développement, la propension de certains adolescents à prendre des risques et leur sensibilité à l'influence des pairs nécessitent également des aménagements spécifiques du traitement.

54. Des travaux de recherche plus approfondis sont certes nécessaires dans ce domaine, mais il a été établi que les enfants et les adolescents pouvaient être moins motivés que les adultes à observer leur traitement, qu'ils abordaient les questions de manière plus directement pratique et étaient moins enclins à l'auto-analyse ou moins prêts à suivre des thérapies fondées sur la parole. Les spécificités du traitement des enfants et des adolescents sont liées au modèle étiologique susmentionné, selon lequel le traitement doit tenir compte de l'interaction de l'enfant ou de l'adolescent usager de substances avec ses micro- et macro-environnements, ainsi que des facteurs particuliers de vulnérabilité associés à la première prise de substances mais aussi à l'évolution de la consommation.

55. On a constaté que les grandes composantes du traitement suivantes avaient des effets positifs sur les adolescents : la participation, dès lors qu'elle ne présente pas de danger, de la famille au processus de traitement, y compris au sein de communautés thérapeutiques ; le recours à une approche motivationnelle axée sur la réduction des conséquences sanitaires et sociales néfastes de l'abus de drogues ; une approche psychosociale associée à un traitement individualisé visant à répondre à des besoins

⁴⁸Sandra A. Brown *et al.*, « Treatment of adolescent alcohol-related problems », *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 17, Marc Galanter, éd. (New York, Springer, 2005), p. 327 à 348 ; Margo Gardner et Laurence Steinberg, « Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study », *Developmental Psychology*, vol. 41, n° 4 (juillet 2005), p. 625 à 635.

spécifiques, comme des problèmes de santé mentale ; la formation aux compétences nécessaires à la vie de tous les jours et la thérapie cognitivo-comportementale ; la thérapie de renforcement de la motivation ; les thérapies familiales (thérapies stratégiques brèves ou multisystémiques) ; et l'accès à une éducation de base⁴⁹.

56. Winters et ses collègues (2011)⁵⁰ proposent de combiner ces mesures de traitement des jeunes fondées sur des données factuelles dans le cadre des cinq niveaux de traitement proposés par l'American Society of Addiction Medicine (2001)⁵¹, à savoir : *a*) services d'intervention précoce (activités éducatives ou interventions brèves) ; *b*) traitement ambulatoire pouvant représenter jusqu'à six heures par semaine, en fonction des progrès accomplis par rapport au plan de traitement ; *c*) traitement ambulatoire quotidien intensif pouvant représenter jusqu'à 20 heures par semaine, sur une durée allant de deux mois à un an ; *d*) traitement résidentiel/en établissement sur une durée allant d'un mois à un an ; et *e*) traitement résidentiel intensif médicalisé, réservé aux adolescents dont l'usage de substances et les troubles connexes sont suffisamment graves pour nécessiter des soins médicaux de premier recours 24 heures sur 24 jusqu'à stabilisation.

57. L'importance des tests servant à déterminer les besoins spécifiques des adolescents usagers de substances a été reconnue de longue date, et plusieurs instruments ont déjà été mis au point et validés. Le National Institute on Drug Abuse des États-Unis d'Amérique conseille deux outils : le test BSATD sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues et le test S2BI préalable à des interventions brèves. Ils sont recommandés, entre autres outils, aux prestataires de soins de santé, qui peuvent ainsi, en deux minutes, déterminer si un adolescent a besoin d'un traitement. Si un enfant ou un adolescent est orienté vers un traitement, le centre de soins doit s'intéresser à au moins trois facteurs de risques : l'intoxication, des signes de lésions auto-infligées et des signes de comportement agressif vis-à-vis des autres. Si le patient présente ces trois facteurs, il

⁴⁹Emily K. Lichvar *et al.*, « Residential treatment of adolescents with substance use disorders: evidence-based approaches and best practice recommendations », in *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, 2^e éd., Carl G. Leukefeld et Thomas P. Gullotta, éd. (New York, Springer, 2018), p. 191 à 214 ; National Institute on Drug Abuse, « Principles of adolescent substance use disorder treatment: a research guide », NIH Publication n° 14-7953 (Rockville, Maryland, 2014) ; ONUUDC et OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Draft for Field Testing* (Vienne 2017).

⁵⁰Winters, Botzet et Fahnhorst, « Advances in adolescent substance abuse treatment ».

⁵¹D. Mee-Lee *et al.*, *ASAMPPC-2R: ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders*, 2^e éd. révisée (Chevy Chase, Maryland, American Society of Addiction Medicine, 2001).

doit être dirigé vers un établissement hospitalier pour être placé en observation ou bénéficier d'un traitement adapté⁵². Des recherches récentes ont montré que des interventions brèves étaient efficaces pour empêcher des adolescents usagers de substances de passer à un usage problématique⁵³.

Incidences sur l'élaboration de politiques à l'échelle mondiale : conclusions et recommandations

58. La prévention de l'usage de drogues, le traitement de la dépendance, et la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes intéressées font partie des principales dispositions du système international de contrôle des drogues. L'objectif premier des conventions internationales en la matière est de protéger la santé de la population contre les dommages causés par l'usage non médical de substances placées sous contrôle tout en garantissant la disponibilité de ces substances à des fins médicales et scientifiques. La prévention de l'usage de drogues et le traitement de la dépendance, en particulier chez les jeunes, sont des éléments cruciaux pour atteindre cet objectif, en ce qu'ils permettent de veiller à ce que les jeunes se développent de manière saine et deviennent des membres productifs de la société.

59. Les *Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues* (deuxième édition, 2018) de l'ONUDC et de l'OMS font la synthèse des données scientifiques qui démontrent l'efficacité des mesures de prévention. Dans de nombreux documents et résolutions, comme le document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale, sur le problème mondial de la drogue, les gouvernements ont reconnu l'utilité des *Normes internationales* pour promouvoir une action de prévention fondée sur des données factuelles. Ces normes ainsi que les *Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues* (2017) de l'ONUDC et de l'OMS constituent des documents uniques en leur genre ; non seulement elles proposent une synthèse des composantes qui doivent être celles des mesures et politiques préventives et des traitements de l'usage de substances fondés sur des données factuelles, mais elles présentent aussi des modèles complets de systèmes nationaux de prise en charge offrant un soutien

financier et interministériel pour la programmation au niveau local, un appui à la mise en œuvre de mesures de prévention globales et fondées sur des données factuelles, et un mécanisme permanent de collecte de données qui permet de suivre la prestation de services et de disposer d'informations utiles pour actualiser le système national de prise en charge, ainsi que d'adopter de nouvelles mesures et politiques ayant fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Il serait souhaitable d'incorporer des services ciblant les jeunes tels que les services de détention pour mineurs, les services d'éducation et les services de soutien familial à un tel système de prise en charge de plus grande envergure.

60. L'OICS recommande de se reporter à ces deux ensembles de normes internationales lors de la mise en œuvre de programmes de prévention de l'usage de drogues et de traitement de la dépendance destinés aux jeunes. Il a été prouvé que les stratégies de prévention fondées sur des données factuelles permettaient de prévenir l'usage de drogues mais aussi beaucoup d'autres comportements à risque, favorisant ainsi le développement sain et équilibré des enfants et des jeunes.

Comprendre le problème

61. La mise en place de systèmes nationaux de données épidémiologiques sur lesquels ils puissent baser leurs politiques en matière de prévention et de traitement de l'usage de substances psychoactives chez les jeunes constitue l'une des premières priorités des pays. Si certains disposent de systèmes de données qui ne se limitent pas à l'observation de l'usage par voie d'enquêtes réalisées en milieu scolaire ou auprès de la population (notamment des ménages), ils sont encore peu nombreux à s'être dotés de systèmes de surveillance.

Acquérir des compétences professionnelles

62. Une deuxième priorité est l'acquisition de compétences professionnelles dans le domaine de la prévention et du traitement de l'usage de substances. Cela devrait comprendre la mise en place, à l'échelle nationale, de systèmes de formation et d'accréditation des professionnels de la prévention et du traitement qui participent à la prise de décisions, à la planification et à la mise en œuvre, et la conduite de travaux de recherche axés sur les besoins des jeunes. L'accréditation des professionnels de la prévention et du traitement existe déjà, sans être nécessairement obligatoire, dans de nombreux pays. Comme pour d'autres professions, il est essentiel que les données scientifiques, les connaissances, les capacités, les compétences

⁵²ONUDC et OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.

⁵³Lilia D'Souza-Li et Sion K. Harris, « The future of screening, brief intervention, and referral to treatment in adolescent primary care: research directions and dissemination challenges », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 28, n° 4 (août 2016), p. 434 à 440.

nécessaires et les normes éthiques qui fondent ces activités fassent l'objet d'un consensus international grâce à une ou plusieurs organisations professionnelles chargées d'entretenir ce socle commun et d'améliorer les services et leur prestation en proposant des actualisations inspirées des résultats de recherches rigoureuses en ce qui concerne les aspects biologiques, neurologiques, psychologiques et sociologiques de l'usage de substances. L'OICS recommande aux gouvernements de former, avec l'aide de l'ONU DC et de l'OMS, les professionnels de la prévention et du traitement à la bonne mise en œuvre de mesures fondées sur des données factuelles, afin d'obtenir des résultats positifs.

Stratégies d'intervention précoce et de prévention générale

63. L'usage de substances et la dépendance, qui sont causés par différents facteurs, débutent généralement à l'adolescence, mais les recherches les plus récentes montrent que la vulnérabilité à l'usage peut s'expliquer par ce que la personne a vécu plus tôt au cours de son développement, pendant l'enfance et au début de l'adolescence. Ainsi, la prévention devrait débuter de manière précoce, avant l'âge de la première prise. Il existe des mesures qui pourraient et devraient être proposées aux stades particuliers de la grossesse, de la première enfance, de la petite enfance et de la préadolescence, pour aider les mères, les parents et les établissements scolaires à promouvoir un développement sain des enfants, de telles interventions s'étant avérées efficaces pour prévenir l'usage de substances et l'adoption d'autres comportements à risque au moment de l'adolescence.

Approches multiples

64. De nombreux facteurs (principalement génétiques et environnementaux) déterminent la vulnérabilité à l'usage de substances et à la dépendance, problèmes qui ne peuvent être combattus qu'à l'aide de mesures variées et non d'une approche unique. Plusieurs environnements et cadres, tels que la famille, l'école, le lieu de travail, la communauté, les médias et les loisirs doivent être pris en compte dans l'élaboration de programmes de prévention. Il se peut aussi que les approches doivent être différentes selon la population concernée. Par exemple, les populations vulnérables, comme les enfants dont l'un des parents est dépendant à une substance, les enfants sans abri et enfants des rues, ceux qui sont placés en structures fermées, les orphelins et les enfants abandonnés, les enfants migrants et réfugiés et les enfants

victimes d'exploitation aux fins du travail du sexe, requièrent des mesures spécifiques et ciblées qui ne sont pas celles mises en œuvre pour d'autres enfants. La prévention doit comprendre des stratégies qui s'adressent à l'ensemble de la population (prévention universelle), aux groupes présentant un risque particulier (prévention sélective) et aux personnes présentant un risque particulier (prévention individualisée).

65. Pour les plus vulnérables et pour les jeunes faisant usage de substances, il est indispensable de mettre en place une vaste structure de services de conseil et d'assistance sociale élémentaire plaçant fortement l'accent sur le dépistage et l'évaluation. Ces jeunes doivent se voir offrir un ensemble de mesures efficaces de traitement des troubles liés à l'usage de substances qui s'inscrive dans le continuum de soins et qui leur permette de s'impliquer au sein de leur famille, à l'école, sur leur lieu de travail et dans leur communauté, l'intention étant de constituer une véritable structure de soutien.

Famille

66. L'environnement familial est celui qui influence le plus le développement des enfants et des adolescents, et les stratégies de prévention axées sur la famille sont apparues comme étant particulièrement efficaces. Les programmes d'acquisition de compétences familiales visant à soutenir les parents et à améliorer le fonctionnement de la famille se sont révélés très utiles. Les parents qui y participent sont encouragés à se montrer chaleureux et réceptifs avec leurs enfants, à jouer un rôle actif dans leur vie, à apprendre à communiquer efficacement avec eux, à exercer un suivi constant et à imposer des règles et des limites. Dans ce type de programmes, la question de la drogue est abordée en rapport avec la consommation des parents et avec leurs attentes concernant la consommation de l'enfant, selon son stade de développement ; il s'agit aussi d'apprendre à communiquer au sujet des problèmes de drogue. Ces mesures donnent de bons résultats tant auprès des garçons qu'auprès des filles, à court et à long terme, pour ce qui est de prévenir l'usage de substances mais aussi d'autres comportements problématiques.

École et éducation

67. En matière de prévention antidrogue, le milieu scolaire (y compris les établissements d'éducation préscolaire et élémentaire, où se déroulent des activités adaptées à l'âge des enfants) constitue une voie d'accès intéressante pour promouvoir les connaissances et les compétences

personnelles et sociales de chacune et chacun et réduire ainsi les facteurs de risque liés à l'usage de substances. Des travaux de recherche ont montré que les programmes de prévention qui se contentaient d'informer sur les dangers des drogues et ceux qui reposaient uniquement sur des conférences étaient sans effets, voire néfastes. Les programmes les plus fructueux sont ceux qui sont axés sur le renforcement des compétences personnelles et sociales, traitent du caractère normatif de l'usage de substances et abordent les attentes et la perception des risques, à partir d'un ensemble de sessions interactives (et non d'une séance ponctuelle) animées par des intervenants qualifiés. L'objectif est de contribuer au développement de compétences personnelles et sociales, comme la conscience de soi, la créativité, les compétences relationnelles, la résolution de problèmes, la prise de décisions et la gestion du stress et des émotions, et à l'amélioration des relations et des résultats scolaires. D'après les données disponibles, le renforcement des compétences sociales individuelles est la forme d'intervention en milieu scolaire la plus efficace pour prévenir l'usage précoce de substances. Présenter des informations sur les drogues en cherchant à faire peur n'a aucun effet sur les jeunes. Outre les interventions individualisées, la prévention peut également passer par des mesures ciblant le climat général des écoles et leurs règles en matière de drogues.

68. Les établissements scolaires peuvent aussi être un point de dépistage et d'évaluation des enfants et des adolescents. Convenablement formés, un infirmier ou une infirmière scolaire, un ou une psychologue scolaire, voire un éducateur ou une éducatrice, peuvent faire passer un test de dépistage pour diriger vers un traitement des troubles liés à l'usage de substances au besoin. En outre, il est capital que les jeunes qui suivent un traitement soient maintenus autant que possible dans le circuit éducatif.

Communauté

69. Avec la famille, la communauté peut constituer un cadre de développement jouant un rôle préventif si elle fixe des règles et valeurs claires concernant l'usage de drogues et offre aux adolescents la possibilité d'acquérir des compétences, de contribuer à la vie de la communauté et d'être reconnus pour leur action. L'existence de liens étroits entre la famille et la communauté en général aide les jeunes à adopter des comportements sains. Les mesures tant préventives que thérapeutiques qui s'inscrivent dans le cadre de la communauté sont plus efficaces et conséquentes lorsqu'elles sont associées à des interventions et messages proposés en milieu scolaire et familial.

Politiques tendant à influencer sur l'environnement, telles qu'il en est fréquemment mené en matière de consommation d'alcool et de tabac

70. Une première consommation précoce d'alcool et de nicotine est souvent liée à un usage ultérieur de cannabis ; prévenir cette consommation a donc des incidences en matière de prévention de l'usage de substances.

Loisirs, sports et lieux récréatifs

71. L'efficacité des mesures de prévention spécifiquement destinées aux milieux de loisirs – par exemple les programmes de sensibilisation par les pairs conduits à l'occasion de festivals ou les activités menées dans les clubs sportifs, ainsi que la promotion des activités physiques – n'a pas encore été étudiée en détail. Les clubs sportifs sont présentés à la fois comme se prêtant particulièrement bien à la promotion d'une vie saine et comme constituant un environnement à risque pour l'usage de substances ; aucune étude ne permet d'évaluer leur influence. Par ailleurs, proposer aux enfants et aux jeunes des activités de loisirs n'exigeant que peu de ressources est une stratégie de prévention répandue qui dépasse le cadre de la lutte contre les drogues ; on n'a toutefois pas examiné les incidences réelles de ces activités pour ce qui est de réduire l'usage de substances ou les facteurs de risque liés à cet usage.

Secteur de la santé

72. Les services de santé locaux peuvent prévenir l'apparition de troubles liés à l'usage de substances (chez les personnes en contact avec ces services qui ont déjà commencé à prendre des drogues) grâce à des interventions brèves. Dans le cadre de telles interventions ponctuelles, de courte durée et bien structurées, des agents des services de santé ou des services sociaux spécialement formés déterminent d'abord s'il existe un problème d'usage de substances puis donnent des conseils ou orientent vers un traitement plus spécifique.

Médias

73. Parallèlement à la disponibilité et au coût abordable des substances, certaines normes sociétales favorables à l'usage de substances créent un facteur de risque supplémentaire. Comme cela a été indiqué plus haut, l'application de certaines lois et réglementations peut jouer sur la disponibilité et le coût. En outre, les enfants, les

adolescents et les jeunes adultes sont exposés de fait, en matière d'usage de substances, à des normes qui se manifestent par l'approbation ou la désapprobation exprimées par leurs pairs, parents, professeurs, voisins et autres membres de la communauté. Les campagnes médiatiques sont un moyen d'influer sur ces normes sociales non écrites. C'est pourquoi les programmes nationaux ou locaux comportent fréquemment des campagnes de sensibilisation ou des campagnes médiatiques destinées à faire mieux connaître les questions liées aux drogues et à communiquer davantage sur la question. L'efficacité de ces campagnes médiatiques et du recours aux médias sociaux doit encore être étudiée plus avant, les données disponibles à ce sujet étant très limitées.

Traitement des jeunes

74. Les jeunes ont des modes d'usage de substances et des besoins en matière de traitement qui sont bien spécifiques et qui diffèrent de ceux des adultes. Chez eux, tout usage de substances psychoactives pose problème, même s'il ne s'agit que d'expérimentation, car il les expose à davantage de comportements à risque et augmente la probabilité et la gravité de troubles ultérieurs liés à un tel usage. Un traitement fondé sur des données factuelles présente donc de l'intérêt pour les jeunes usagers de substances, même pour ceux chez qui aucun trouble connexe ne peut être diagnostiqué.

75. L'OICS recommande aux gouvernements de se reporter aux recommandations figurant dans le chapitre premier de son rapport annuel pour 2017, intitulé « Traitement, réadaptation et réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues – éléments essentiels de la réduction de la demande de drogues », et, plus généralement, aux *Normes internationales en matière de*

traitement des troubles liés à l'usage de drogues (2017) de l'ONU DC et de l'OMS.

La voie à suivre

76. Les données scientifiques examinées et présentées dans cette section démontrent l'existence de mesures et politiques efficaces et viables de prévention et de traitement. Toutefois, le manque de données factuelles et de travaux de recherche sur l'efficacité des interventions indique qu'il faut davantage évaluer les résultats obtenus. Il demeure difficile de toucher les groupes les plus vulnérables, et on ne sait pas encore tout à fait comment adapter à la réalité de la situation locale des mesures élaborées dans des conditions optimales. Nombre d'activités présentées comme des activités de prévention ou de traitement ne reposent sur aucune donnée factuelle ; leur portée est alors limitée et leur efficacité indéterminée, dans le meilleur des cas.

77. Pour résumer, les pays doivent abandonner le modèle selon lequel la prévention de l'usage de substances et le traitement des troubles qui y sont liés est l'affaire de personnes bien intentionnées qui interviennent de manière isolée. Les mesures devraient être adaptées à chaque situation, reposer systématiquement sur l'utilisation d'outils fondés sur des données factuelles et généraliser le recours à ces outils, afin d'aider les praticiens et les décideurs à renforcer leurs connaissances, compétences et capacités et de former une masse critique de vrais spécialistes de la prévention et du traitement qui seront à même de promouvoir le développement sain et équilibré des enfants, des jeunes, des familles et des communautés par la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention de l'usage de substances et de traitement des troubles qui y sont liés.