

Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement

François Beck, Alain Dervaux, Enguerrand Du Roscoät, Karine Gallopel-Morvan, Marie Grall-Bronnec, Laurence Kern, Marie-Odile Krebs, Stéphane Legleye, Maria Melchior, Mickael Naassila, et al.

▶ **To cite this version:**

François Beck, Alain Dervaux, Enguerrand Du Roscoät, Karine Gallopel-Morvan, Marie Grall-Bronnec, et al.. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale(INSERM). 2014, Paris : Inserm : Editions EDP Sciences (ISSN : 1264-1782) / 500 p. inserm-02102920

HAL Id: inserm-02102920
https://inserm.hal.science/inserm-02102920

Submitted on 17 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Conduites addictives chez les adolescents

Usages, prévention et accompagnement

Expertise collective

Principaux constats et recommandations

Instituts thématiques

Inserm

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Conduites addictives chez les adolescents

Usages, prévention et accompagnement

Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement

ISBN 978-2-85598-913-2

© Les éditions Inserm, 2014 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

Dans la même collection

- Asthme. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2002
- Déficits visuels. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. 2002
- Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002
- Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. 2003
- Hépatite C. Transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes. 2003
- Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle. 2003
- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. 2003
- Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. 2004
- Psychothérapie. Trois approches évaluées. 2004
- Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. 2004
- Tuberculose. Place de la vaccination dans la maladie. 2004
- Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005
- Cancer. Approche méthodologique du lien avec l'environnement. 2005
- Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005
- Cancers. Pronostics à long terme. 2006
- Éthers de glycol. Nouvelles données toxicologiques. 2006
- Déficits auditifs. Recherches émergentes et applications chez l'enfant. 2006
- Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. 2006
- La voix. Ses troubles chez les enseignants. 2006
- Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. 2007
- Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. 2007
- Croissance et puberté. Évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. 2007
- Activité physique. Contextes et effets sur la santé. 2008
- Autopsie psychologique. Mise en oeuvre et démarches associées. 2008
- Saturnisme. Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant. 2008
- Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. 2008
- Cancer et environnement. 2008
- Tests génétiques. Questions scientifiques, médicales et sociétales. 2008
- Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. 2009
- Transplantation d'organes. Quelles voies de recherche ? 2009
- Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. 2009
- Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. 2010
- Téléphone et sécurité routière. 2011
- Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. 2011
- Reproduction et environnement. 2011
- Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances. 2012
- Handicaps rares. Contextes, enjeux et perspectives. 2013
- Pesticides. Effets sur la santé. 2013



Ce logo rappelle que le code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants-droits.
Le non-respect de cette disposition met en danger l'édition, notamment scientifique.

Toute reproduction, partielle ou totale, du présent ouvrage est interdite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

Couverture: conception graphique © Frédérique Koulikoff, DISC Inserm

Conduites addictives chez les adolescents

Usages, prévention et accompagnement

Expertise collective

Principaux constats et recommandations

Instituts thématiques

Inserm

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Ce document présente les principaux constats et les recommandations du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective[1], pour répondre à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) concernant les conduites addictives chez les adolescents, en particulier sur les usages et les stratégies de prévention et d'accompagnement.

Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du 2nd semestre 2013. Près de 1 400 articles constituent la base documentaire de cette expertise.

Le Pôle Expertise Collective de l'Inserm, rattaché à l'Institut thématique multi-organismes Santé publique d'Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé), a assuré la coordination de cette expertise.

1. La procédure d'expertise collective habituellement appliquée (cf. annexe 1) a été adaptée afin de répondre à la demande du commanditaire dans les délais imposés par la saisine : le fonds documentaire a été essentiellement fourni par les experts.

Groupe d'experts et auteurs

François BECK, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Département Enquêtes et Analyses Statistiques, Saint Denis ; Cermes 3, Équipe Cesames, Villejuif

Alain DERVAUX, Service d'addictologie, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris ; Centre de Psychiatrie et Neurosciences (CPN), UMR 894 Inserm Université Paris Descartes, Équipe Physiopathologie des maladies psychiatriques, GDR en Psychiatrie 3557, Paris

Enguerrand DU ROSCOÄT, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Département des affaires scientifiques, Saint Denis ; LAPPS (Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale), EA 4386, Université Paris Ouest Nanterre-La Défense

Karine GALLOPEL-MORVAN, École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Équipe de recherche en Management des Organisations de Santé (MOS), Rennes

Marie GRALL-BRONNEC, Service d'Addictologie, Centre Hospitalier Universitaire, EA 4275, Université, Nantes

Laurence KERN, Centre de recherches sur le sport et le mouvement (CeSRM), EA 2931 UFR STAPS, Université Paris Ouest – Nanterre La Défense

Marie-Odile KREBS, Service Hospitalo Universitaire, Centre d'évaluation du jeune adulte et adolescent, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris ; Centre de Psychiatrie et Neurosciences (CPN), UMR 894 Inserm Université Paris Descartes, Équipe Physiopathologie des maladies psychiatriques ; GDR en Psychiatrie 3557, Paris

Stéphane LEGLEYE, Institut national d'études démographiques (INED), Paris ; Inserm U 669, Paris ; Université Paris-Sud et Université Paris Descartes, UMR-S0669, Paris

Maria MELCHIOR, Inserm U 1018, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

Mickael NAASSILA, Inserm ERi24-GRAP (Groupe de recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances), Université de Picardie Jules Verne, UFR de Pharmacie, Amiens

Patrick PERETTI-WATEL, Inserm UMR 912, Sciences économiques et sociales de la santé et Traitement de l'information médicale (SESSTIM), ORS Paca, Marseille

Olivier PHAN, Consultation Jeunes Consommateurs, Centre Pierre Nicole, Croix rouge Française, Paris ; Unité d'addictologie, Clinique Dupré Fondation Santé des Étudiants de France, Sceaux ; Inserm U 669 Maison des Adolescents, Paris

Lucia ROMO, Université Paris Ouest – Nanterre La Défense, EA 4430 CLIPSYD, UFR SPSE ; Centre de Psychiatrie et Neurosciences (CPN), Inserm U 894, Équipe Analyse génétique et clinique des comportements addictifs et psychiatriques ; Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris

Stanislas SPILKA, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Pôle Enquêtes en population générale, Saint Denis la Plaine ; Inserm U 669, Paris

Ont présenté une communication

Fabrizio FAGGIANO, Department of Translational Medicine, Avogadro University, Novara, Italie

Laurent KARILA, Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions, Hôpital universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris-Sud 11, CEA-Inserm U 1 000, Paris

Myriam LAVENTURE et Krystel BOISVERT, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec

Remerciements

L'Inserm et le groupe d'experts remercient les intervenants suivants :

Jacques-François DIOUF (École des Hautes Études en Santé Publique EHESP, Équipe de recherche en Management des Organisations de Santé MOS, Rennes) pour sa contribution au chapitre « Influence du marketing et de la publicité des industriels du tabac et de l'alcool » ;

Jérôme LACOSTE (Service de Psychiatrie et Addictologie, CHU de Martinique, Fort de France), Sylvie MERLE (Observatoire de la Santé de Martinique), Louis JEHEL (Service de Psychiatrie et Addictologie, CHU de Martinique, Fort de France) pour leur contribution sur les niveaux d'usage des substances psychoactives dans les départements d'Outre-Mer ;

Linda LEMARIÉ (École des Hautes Études en Santé Publique EHESP, Équipe de recherche en Management des Organisations de Santé MOS, Rennes) pour sa contribution au chapitre « Influence du marketing et de la publicité des opérateurs de jeux de hasard et d'argent » ;

Grégoire REY et Mireille EB (CépiDc – Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) pour les données du CépiDc sur la mortalité en lien avec une consommation de substance psychoactive chez les 10-18 ans en France.

L'Inserm et le groupe d'experts remercient également Jean-Pierre COUTERON (Fédération Addiction), Bruno FALISSARD (Inserm U 669, Santé mentale et santé publique ; Faculté de médecine Paris-Sud, Université Paris-Sud) et le Comité d'éthique de l'Inserm pour leur relecture attentive du document et leurs conseils.

Coordination scientifique, éditoriale et logistique

Pôle Expertise collective de l'Inserm

Responsable : Marie-Christine LECOMTE

Coordination scientifique : Jean-Luc DAVAL, Anne-Laure PELLIER

Documentation / Information scientifique : Chantal GRELLIER, Catherine CHENU

Coordination éditoriale : Anne-Laure PELLIER, Fabienne BONNIN

Relecture : Jeanne ETIEMBLE

Secrétariat : Cécile GOMIS

Iconographie

Jean-Pierre LAIGNEAU, Inserm

Sommaire

Avant-propos XIII
Introduction XV
Principaux constats 1
Recommandations 37
Annexe 1 71
Annexe 2 75

Avant-propos

En France, les niveaux de consommation de certaines substances psychoactives, en particulier l'alcool, le tabac et le cannabis, demeurent élevés chez les adolescents, en dépit des évolutions de la réglementation visant à limiter l'accès à ces produits et des campagnes de prévention répétées. Par ailleurs, une modification des usages et des modes de consommation est constatée, comme par exemple l'alcoolisation ponctuelle importante qui tend à se développer dans cette population.

C'est principalement à l'adolescence, période d'intégration dans le cercle des pairs et de prise de distance vis-à-vis des parents, que se fait l'initiation à la consommation de substances psychoactives licites, comme l'alcool et le tabac, mais aussi illicites, comme le cannabis qui occupe une place prépondérante, notamment en France. Les conséquences sanitaires et sociales des consommations à l'adolescence constituent une préoccupation de premier plan en santé publique et justifient les politiques publiques de prévention, de soins et de réduction des dommages associés aux usages de drogues et plus largement aux conduites addictives.

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), dans le contexte de l'élaboration du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017[2], a sollicité l'Inserm en janvier 2013 pour établir un bilan des connaissances scientifiques sur la consommation de substances dont l'usage est notable chez les jeunes et pour lesquelles un risque de comportement addictif est avéré (alcool, tabac, cannabis), mais aussi sur les pratiques identifiées comme pouvant devenir problématiques : jeux vidéo/Internet, jeux de hasard et d'argent. Il s'agit de proposer des stratégies de santé publique adaptées à la situation française actuelle et à l'âge des consommateurs.

2. Plan adopté le 19 Septembre 2013. http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildt/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-2013-2017/ (consulté le 12/11/2013).

L'objectif de cette expertise a été d'évaluer au mieux l'ampleur du phénomène chez les jeunes âgés de 10-18 ans, d'identifier les principaux produits concernés et l'évolution des modes de consommation, les facteurs de risque, les principaux effets sur la santé ainsi que les dommages sociaux associés, et enfin de décrire les stratégies d'intervention ayant fait l'objet d'une évaluation, dans le but de proposer des recommandations utiles à la prévention et à la prise en charge.

Pour répondre à cette demande, l'Inserm a réuni un groupe pluridisciplinaire d'experts en épidémiologie, santé publique, sciences humaines et sociales, addictologie, neurosciences, communication, et la réflexion a été engagée sur la base des principales questions suivantes :

- Quels sont les niveaux d'usage de substances psychoactives des adolescents et leurs pratiques des jeux vidéo/Internet et des jeux de hasard et d'argent ?
- Quels sont les déterminants et facteurs associés aux différents usages et pratiques, qu'il s'agisse des caractéristiques sociales et familiales, des motivations et représentations des différents produits et de leurs usages, de l'influence du marketing et de la publicité ?
- Quels sont les dommages individuels et sociaux associés à ces usages, étant donné la vulnérabilité particulière des adolescents aux addictions sur le plan neurobiologique, et plus précisément quel est l'impact de la consommation de substances telles que l'alcool et le cannabis sur la maturation du cerveau et son activité fonctionnelle ?
- Quelles sont les interventions de prévention les plus adaptées pour prévenir les usages de substances psychoactives chez les adolescents ? Quelles sont les modalités d'accompagnement des adolescents présentant une addiction ?

Trois communications rédigées par des intervenants extérieurs au groupe d'experts viennent compléter ce bilan des connaissances sur les thèmes de la consommation et de la prévention : « Données actuelles sur les boissons énergisantes » ; « Prévenir sans nuire : facteurs prédictifs de l'efficacité des programmes de prévention de la dépendance chez les jeunes » ; « Introduction au programme européen de prévention EU-Dap (*European Union Drug Abuse Prevention trial*) ».

Introduction

Si l'adolescence s'accompagne de nombreux changements physiologiques et physiques, c'est aussi une période de maturation et d'évolution psychologique complexe, en lien avec la rupture avec l'enfance et les nombreuses interrogations vis-à-vis de la future vie d'adulte, et avec une forte signature sociale. Débutant vers l'âge de 10-11 ans chez les filles et plutôt 12-13 ans chez les garçons, l'adolescence s'achève autour de 18 ans, voire au-delà dans certaines sociétés. C'est une période au cours de laquelle l'adolescent s'affranchit progressivement du lien de dépendance à ses parents, en affirmant ses propres désirs, par la recherche de nouvelles figures d'identification, mais aussi par la recherche de nouvelles expériences associant souvent une certaine résistance aux règles établies. Dans le désir d'émancipation vis-à-vis des parents et d'intégration dans un nouveau groupe, celui des pairs, avec la recherche de leur reconnaissance, l'adolescence constitue également une phase de curiosité, de prises de risque et de défi.

Dans ce contexte, et au gré des opportunités, l'adolescence est propice à l'expérimentation de l'usage de substances psychoactives et de comportements particuliers, dont la répétition est susceptible d'entraîner un abus, voire une dépendance.

Ainsi les niveaux de consommation de certains produits chez les jeunes de 10-18 ans, tels que l'alcool, le tabac ou encore le cannabis, sont élevés, et leurs conséquences sanitaires et sociales constituent une préoccupation de premier plan en santé publique, portée notamment par les Plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies dont le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, ainsi que par le Plan Santé des jeunes. Même si, au regard de la toxicité des substances psychoactives, le positionnement des addictions comportementales fait encore débat, la pratique problématique des jeux vidéo/Internet et des jeux de

hasard et d'argent constitue une préoccupation de santé publique plus récente, en particulier concernant les adolescents.

Enfin, il est important de souligner que chez les adolescents, l'ensemble des conduites addictives peuvent avoir un impact sur leur développement. Dans une période clé d'apprentissage scolaire et de découverte émotionnelle, la prise de substances psychoactives, comme la pratique problématique de jeux, peuvent entraver le parcours de vie et constituer un handicap ou une « perte de chance » pour l'avenir.

Définitions des termes caractérisant les niveaux de consommations et les pratiques

En préambule à la présentation des données de consommation de substances psychoactives et de pratique des jeux (jeux vidéo/Internet, jeux de hasard et d'argent), il paraît utile de rappeler les termes qui, en référence aux critères des classifications internationales, sont habituellement utilisés en France pour caractériser les consommations selon leurs conséquences avérées ou supposées. Cependant, ces définitions ne sont pas toujours parfaitement adaptées à la conduite des adolescents vis-à-vis des différentes substances. Par ailleurs, il faut souligner le manque de connaissances et, de ce fait, de consensus actuel sur l'addiction aux jeux vidéo/Internet. De plus, la pratique des jeux de hasard et d'argent, interdite aux mineurs en France, est encore trop peu documentée pour aboutir à des définitions pérennes.

Substances psychoactives

Concernant les substances psychoactives, les termes utilisés pour caractériser les niveaux de consommations sont les suivants :

• usage à risque (mise en danger) : dans certaines circonstances ou situations, une consommation est susceptible d'entraîner des dommages. L'usage à risque peut être une première

étape vers l'abus et la dépendance. On peut répartir ces usages à risque en deux catégories : 1) le risque situationnel (grossesse ; conduite automobile, de deux-roues, ou de machines) ; 2) le risque quantitatif associé à une consommation au-delà de certaines quantités ;

- abus (DSM-IV) ou usage nocif (CIM-10) (cf. annexe 2) :
    - o abus : mode d'utilisation d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une manifestation parmi les quatre proposées[3], au cours d'une période de 12 mois. Les symptômes n'atteignent pas les critères de la dépendance ;
    - o usage nocif : mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques, psychiques et sociales. Cet état est réversible ;
- dépendance : ce terme correspond au terme anglais « *dependence* » tel qu'il est défini selon les critères des classifications internationales ;
- addiction : selon les mêmes classifications, ce terme recouvre généralement celui de dépendance, mais ce point demeure discuté, certains utilisant le terme « addiction » pour recouvrir abus/usage nocif et dépendance[4]. Pour certains auteurs, l'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences.

---

3. Les quatre manifestations proposées : 1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ; 2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ; 3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ; 4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents.

4. Dans le DSM-IV, le terme « *Substance use disorders* », recouvrant abus et dépendance, est également très utilisé. Dans le DSM-5, paru en mai 2013, le terme « *Substance use disorders* » remplace « abus » et « dépendance » des versions précédentes dans le chapitre « *Substance-Related and Addictive Disorders* ». Selon leur degré de sévérité, les « *Substance use disorders* » peuvent être « *mild* », « *moderate* » ou « *severe* ». Il n'y a plus de mention du terme de dépendance dans le DSM-5.

La CIM et le DSM sont les deux références nosographiques dans le domaine mais malgré une convergence des concepts lors des dernières révisions, il reste des écarts entre les deux et le choix de l'un ou l'autre modèle reste un enjeu. Le DSM, qui n'est pas exempt de critiques (indifférence au genre des usagers, absence de fréquence d'usage…), reste sans doute le plus utilisé dans le domaine des addictions. Le DSM-5 a renoncé aux diagnostics d'abus et de dépendance pour ne plus considérer qu'un continuum de sévérité des troubles et a substitué un critère de *craving*[5] à celui de « problèmes avec la justice » ; cette évolution reflète en partie les limites de la version précédente. Rappelons également qu'il est nécessaire de convertir les critères de la CIM et du DSM en questions pour les rendre utilisables dans les enquêtes, notamment pour dénombrer les usagers.

La nature des effets induits par l'usage ou l'abus de substances psychoactives est d'une telle variété qu'il est difficile d'en proposer une typologie. De nombreuses substances psychoactives sont susceptibles de procurer du plaisir, d'entraîner une dépendance psychique, et toutes sont potentiellement dangereuses. Toutefois, il est bien établi que les différentes substances psychoactives n'ont pas le même pouvoir addictogène. Certains auteurs distinguent ainsi trois groupes de substances : l'héroïne (et les opiacés), la cocaïne, le tabac (en particulier la nicotine) et l'alcool dans un groupe à fort potentiel addictif ; les psychostimulants (amphétamines et dérivés), les hallucinogènes et les benzodiazépines avec un potentiel addictif faible à moyen terme ; et le cannabis avec un potentiel addictif réel mais plus faible en fréquence.

Jeux vidéo/Internet et jeux de hasard et d'argent

Concernant les addictions comportementales, différents stades se succèdent dans le parcours addictif :

- en matière de pratique des jeux de hasard et d'argent, on parle de pratique sociale ou récréative (c'est-à-dire d'usage simple), de

5. Désir impérieux de consommer une substance

pratique à risque ou problématique (c'est-à-dire d'abus) et de jeu pathologique ou excessif (c'est-à-dire de dépendance) ;

• le DSM-IV propose une définition du jeu pathologique reposant sur une liste de 10 critères diagnostiques. On parle de jeu à risque si 3-4 critères sont présents et de jeu pathologique si 5 critères sont présents. La 5e version du DSM a rangé ce trouble dans la nouvelle catégorie « Addictions et troubles associés », au même titre que les troubles liés à l'usage de substances psychoactives ;

• concernant les jeux vidéo/Internet, les critères d'addiction sont en discussion mais un consensus semble émerger sur l'usage problématique avec des critères qui intègrent l'isolement, la perte de contrôle et les conflits avec l'entourage. L'adolescent ressent rarement de la souffrance, à l'inverse de son entourage.

Points communs et différences entre les conduites addictives avec ou sans substance

Si les addictions aux substances psychoactives et les addictions comportementales partagent de nombreux points communs, de telle sorte que les professionnels de santé les envisagent de plus en plus de façon globale et transversale, elles se différencient aussi notablement.

Parmi les points communs, figurent :

• l'apparition et le maintien du trouble en raison de l'interaction de nombreux facteurs de risque communs, propres tant à l'individu qu'à son environnement ;

• la fréquence des polyconsommations ou la présence de plusieurs conduites addictives ;

• la perte de contrôle après une période plus ou moins longue d'usage répété de la substance psychoactive ou de pratique des jeux ou d'Internet ;

• la poursuite de l'usage (ou de la pratique) malgré l'apparition des dommages qui s'additionnent, avec des conséquences néfastes sur les plans personnel, familial, social et professionnel ;

• les parentés en termes de réponse, tant préventive que thérapeutique.

S'agissant des différences, il faut souligner que :

• la dangerosité n'est pas la même : la simple expérimentation de certaines substances peut être dangereuse, voire mortelle dans certaines situations. L'intoxication aiguë à certaines substances est liée à davantage de comportements de prise de risque (conduite sous l'emprise de substances et accidents de la voie publique, rixes, agressions physiques, rapports sexuels non protégés…). Les dommages somatiques ou neuro-cognitifs peuvent être redoutables avec les addictions aux substances psychoactives alors qu'ils sont très rares avec les addictions comportementales ;

• les représentations sociales sont à géométrie variable selon les types de comportement.

Principaux constats

Les constats établis par le groupe d'experts à partir de leur analyse de la littérature scientifique sur les conduites addictives chez les adolescents sont structurés selon les axes suivants :

➢ les données épidémiologiques et sociologiques relatives aux niveaux d'usage de substances psychoactives et de pratique des jeux vidéo/Internet et jeux de hasard et d'argent, ainsi que les facteurs et déterminants associés à ces usages et ces pratiques ;

➢ les effets sanitaires des consommations de substances psychoactives ;

➢ les modalités de la prise en charge des adolescents présentant une addiction ;

➢ les interventions de prévention efficaces pour prévenir ou diminuer la consommation de substances psychoactives.

Principales données de consommation de substances psychoactives

Les usages de produits psychoactifs en population adolescente sont documentés en France depuis la fin des années 1990 à l'aide de trois enquêtes[6] : Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) et Escapad (Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté) permettant un recueil couvrant l'ensemble de la période 11-17 ans et HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) menée de la 6ème à la 2nde. Les principaux constats issus de ces différentes enquêtes peuvent être résumés de la façon suivante :

➢ Les initiations au tabac, à l'alcool, au cannabis et, le cas échéant, aux autres substances et en particulier aux produits à

6. Ces trois enquêtes reposent sur un échantillonnage aléatoire et leurs questionnaires ont fait l'objet d'une harmonisation.

inhaler (type colle et solvants) se déroulent principalement à l'adolescence, selon des calendriers légèrement différents ;

➢ En 2011, 6,6 % des adolescents âgés de 17 ans n'ont expérimenté aucun des trois principaux produits : alcool, tabac, cannabis ;

➢ Parmi les adolescents qui consomment des substances psychoactives, la plupart diminuent leurs consommations – sauf de tabac – au moment de l'entrée dans la vie adulte (fin des études, premier emploi, installation en couple…). Certaines consommations excessives à l'adolescence peuvent avoir des effets délétères sur la scolarité et l'avenir socio-professionnel, voire à plus long terme sur la santé et le développement émotionnel et cognitif ;

➢ Les usages présentent des spécificités régionales (départements d'Outre-Mer compris) marquées selon les produits.

Consommation d'alcool

➢ **En France, l'alcool est la première substance psychoactive en termes de niveau d'expérimentation, d'usage occasionnel et de précocité d'expérimentation.** En 2011, si à la fin de l'adolescence, l'expérimentation concerne 91 % des garçons et des filles, 58 % des élèves âgés de 11 ans ont déclaré en 2010 avoir déjà expérimenté une boisson alcoolisée ;

➢ Les premiers usages réguliers d'alcool (au moins dix fois dans le mois) apparaissent dès la fin du collège : en 2010, 7 % des élèves de 3ème ont déclaré avoir consommé une boisson alcoolisée au moins 10 fois dans le mois précédant l'enquête ; en 2011, ces usages réguliers d'alcool concernaient 15 % des garçons et 6 % des filles de 17 ans ;

➢ La consommation quotidienne d'alcool concerne moins de 1 % des jeunes de 17 ans en 2011 ;

➢ L'ivresse alcoolique est une expérience vécue par certains dès le collège. Parmi les collégiens de 3ème, 34 % déclarent avoir déjà connu ce type d'ivresse. À 17 ans, 59 % des garçons et des filles rapportent avoir déjà été ivres au cours de leur vie et 53 % déclarent avoir vécu au cours du mois précédant l'enquête, une

alcoolisation ponctuelle importante (API, à savoir la consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une même occasion) ;

➢ L'âge moyen de la première ivresse est de 15,2 ans selon les enquêtes menées auprès des adolescents de 17 ans (15,3 ans pour les filles et 15,1 ans pour les garçons) : cet âge moyen d'initiation de l'ivresse s'avère stable depuis plus de 10 ans ;

➢ Les garçons sont davantage consommateurs de boissons alcoolisées que les filles, et l'écart est d'autant plus important que la fréquence d'usage observée est élevée (en 2011, le sex-ratio vaut 1,02 pour l'expérimentation, 1,07 pour l'usage dans le mois, 2,70 pour l'usage régulier et 1,28 pour les API) ;

➢ Toutefois, à l'instar de ce qui est observé dans d'autres pays européens, notamment anglo-saxons et nordiques, l'écart entre garçons et filles s'amenuise ;

➢ En 2011, la France occupe une position médiane en Europe pour les alcoolisations ponctuelles importantes à 16 ans et se situe au-dessus de la moyenne pour la consommation régulière d'alcool.

Consommation de tabac

➢ En 2011, en France, plus de 2 jeunes sur 3 âgés de 17 ans (68 %) ont expérimenté le tabac (70 % des filles et 67 % des garçons) ;

➢ **Le tabac est le premier produit psychoactif consommé quotidiennement à l'adolescence :**

- o des usages quotidiens sont observés dès le collège (8 % parmi les élèves de 4ème et 16 % parmi ceux de 3ème) ;
- o à 17 ans, 30 % des filles et 33 % des garçons sont fumeurs quotidiens ;

➢ Le tabac est le seul produit psychoactif dont les niveaux d'usage sont comparables chez les filles et les garçons ;

➢ L'âge moyen d'initiation apparaît en recul : 14,1 ans en 2011, alors qu'il était de 13,7 ans en 2000 ; selon les chiffres de 2011, les filles continuent d'expérimenter le tabac légèrement plus tard que les garçons ;

➢ Après une longue période de baisse, la consommation quotidienne de tabac à l'adolescence en France apparaît en hausse depuis les années 2007-2008 ;

➢ Cette tendance a été observée en Europe dans environ un tiers des pays participant à l'enquête Espad, alors qu'aucune hausse n'avait été mise en évidence entre 2003 et 2007 ;

➢ La France se situe en 2011 parmi les pays européens où la prévalence du tabagisme chez les jeunes âgés de 16 ans est la plus élevée.

Consommation de cannabis

➢ Alors que l'usage de cannabis chez les adolescents a progressé de façon constante au cours des années 1990 et jusqu'en 2002-2003, on constate une baisse significative à la fois de l'expérimentation et de l'usage régulier à l'âge de 17 ans sur la période 2002-2011, les niveaux demeurant toutefois élevés ;

➢ **Le cannabis est le premier produit psychoactif illicite consommé à l'adolescence.** En 2011, 42 % des adolescents de 17 ans ont déjà fumé du cannabis au moins une fois (39 % des filles et 44 % des garçons) ;

➢ Les premières expérimentations sont observées dès les dernières années de collège (11 % des élèves de 4ème, 24 % des élèves de 3ème) et concernent près d'un lycéen sur 2 (49 % des lycéens et 41 % des élèves de 2nde ont déclaré une expérimentation de cannabis en 2011) ;

➢ L'âge moyen d'initiation a légèrement reculé : selon les enquêtes menées auprès des adolescents de 17 ans, il était de 15,0 ans en 2005 et de 15,3 ans en 2011 ; les filles expérimentant là encore légèrement plus tardivement que les garçons ;

➢ Les usages réguliers de cannabis (au moins dix fois dans le mois) concernent :

- 2 % des élèves de 3ème en 2010 ;
- 6 % des élèves de 2nde en 2011 ;
- 7 % des élèves de terminale en 2011 ;

➢ En 2011, environ 5 % des adolescents[7] de 17 ans présentent un risque élevé d'usage problématique (7 % des garçons et 3 % des filles), voire de dépendance au cannabis ;

➢ Les garçons sont plus consommateurs que les filles et l'écart entre les sexes est d'autant plus important que la fréquence d'usage est élevée (à 17 ans, le sex-ratio vaut 1,13 pour l'expérimentation, 1,21 pour l'usage dans le mois, 2,84 pour l'usage régulier et 2,28 pour les signes de dépendance) ;

➢ Les adolescents français, avec les jeunes canadiens, tchèques, suisses, américains et espagnols, se situent parmi les premiers consommateurs de cannabis.

Consommation de médicaments psychotropes

➢ En 2011, 41 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope (cette catégorie incluant toutefois l'homéopathie et la phytothérapie citées par 30 % des répondants). Les médicaments psychotropes les plus fréquemment expérimentés sont les anxiolytiques (15 %), les somnifères (11 %), puis les antidépresseurs (6 %). La diffusion des autres classes de médicaments comme les thymorégulateurs, neuroleptiques et psychostimulants concernent moins de 2 % des adolescents ;

➢ On note qu'à 17 ans, une proportion très faible de jeunes (0,6 %) déclare avoir déjà consommé des produits de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage ou méthadone).

Polyconsommations et autres produits illicites

➢ En 2011, 4 % des adolescents de 17 ans se déclarent à la fois fumeurs quotidiens de tabac et consommateurs réguliers (au moins 10 fois par mois) de boissons alcoolisées ; 4 % sont à la fois

7. L'imprécision de cette mesure provient du fait que les échelles de repérage des usages problématiques de cannabis sont encore en cours de validation, avec la mise en œuvre de plusieurs méthodes pour atteindre cet objectif.

fumeurs quotidiens de tabac et réguliers de cannabis. Enfin, 2 % sont polyconsommateurs réguliers de tabac, alcool et cannabis et 0,2 % sont des usagers réguliers de cannabis et d'alcool ;

➢ Les expérimentations de produits illicites autres que le cannabis comme les amphétamines (dont l'ecstasy), les champignons hallucinogènes, le LSD, la cocaïne ou encore l'héroïne, n'apparaissent qu'à la fin de l'adolescence, dans des proportions comprises entre 3 % pour les champignons hallucinogènes et 0,8 % pour l'héroïne. La plupart de ces expérimentations sont en baisse sur la période 2008-2011, en particulier celle de l'ecstasy ;

➢ L'expérimentation de la cocaïne (3 % en 2011) est plus fréquente que celle des stimulants de type amphétaminique et devance celle des opiacés. En 2000, 0,6 % des filles avait expérimenté la cocaïne à 17 ans. Elles étaient 2,0 % en 2005. Chez les garçons du même âge, l'expérimentation est passée de 1,3 % en 2000 à 3,0 % en 2005. Cette augmentation est favorisée par la baisse du prix du produit et sa plus grande disponibilité. Cependant, après une hausse constante sur la période 2000-2008, l'expérimentation de la cocaïne marque un léger recul entre 2008 et 2011 ;

➢ La consommation de cocaïne est rarement isolée. Il existe presque toujours un usage simultané d'alcool, de tabac et souvent de cannabis. En milieu festif, l'usage de cocaïne est associé à l'usage d'autres stimulants et à la fréquence des ivresses. De plus, les pratiques de régulation des effets des produits les uns par les autres amènent parfois les usagers à faire des mélanges (cocaïne, amphétamines, opiacés, benzodiazépines...) ;

➢ À 17 ans, on n'observe quasiment pas d'usage répété dans le mois de substances illicites autres que le cannabis ;

➢ À la différence des substances illicites, les produits à inhaler comme les colles, les solvants ou les poppers[8] présentent des niveaux d'expérimentation relativement élevés à 17 ans. Pour

8. La vente de tous les poppers (nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères) a été interdite par un arrêté du 29 juin 2011 qui a été annulé par le Conseil d'État en date du 03 juin 2013.

ce qui concerne les poppers, 9 % des adolescents disent en avoir déjà expérimenté, mais leur usage reste peu répété ;

➢ Les polyconsommations se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité qui justifient une attention particulière à porter à ces pratiques.

Consommation de boissons énergisantes

➢ Les boissons énergisantes comportent le plus souvent une grande variété de produits tels que la caféine, la taurine, des vitamines du groupe B, du glucuronolactone, et beaucoup de sucres et/ou d'édulcorants. Leur goût sucré les rend très populaires auprès des adolescents et des jeunes adultes. Elles sont consommées seules ou mélangées à de l'alcool, à l'instar des prémix (mélange d'alcools forts et de sodas) ;

➢ En France, suite aux recommandations de l'InVS[9] et de l'Afssa[10], il est interdit de consommer des boissons énergisantes dans les établissements scolaires depuis 2008. Sans conclure à des effets indésirables autres que ceux induits par la caféine, ces deux institutions incitaient à la prudence, quelques personnes ayant présenté des symptômes de type neurologique, sans qu'un lien direct avec la boisson ait toutefois pu être clairement établi ;

➢ L'association à des boissons alcoolisées a été identifiée comme présentant des risques ; elle augmente les conséquences délétères de l'alcool et notamment le risque de rapports sexuels non protégés. D'autre part, il pourrait y avoir un lien entre la consommation de boissons énergisantes associées à l'alcool et la survenue ultérieure d'une dépendance à l'alcool ;

➢ Dans l'enquête HBSC (2010), la consommation de boissons énergisantes est passée de 20 % en 6ème à 36 % en 2nde. Ce sont surtout les usages occasionnels qui deviennent plus fréquents

9. Institut de veille sanitaire

10. Agence française de sécurité sanitaire des aliments ; depuis juillet 2010, elle a fusionné avec l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) pour former l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

avec l'âge, les usages hebdomadaires passant de 11 % en 6ème – 5ème à 12-13 % en 4ème – 2nde ;

➢ À tous les âges de l'adolescence, les garçons sont plus souvent consommateurs que les filles et présentent des fréquences d'usage plus élevées.

Consommation de prémix

➢ Les prémix (ou alcopops) sont des mélanges d'alcools forts et de boissons fortement sucrées (de type soda ou jus de fruit), titrant de 5 à 8 degrés. Ces boissons au goût très sucré visent prioritairement les plus jeunes ;

➢ Alors que les prémix ciblent une population adolescente, leur usage reste relativement moins fréquent que celui des autres grandes catégories de boissons alcoolisées ;

➢ En France, en 2005, les prémix étaient au second rang des boissons alcoolisées les plus consommées chez les filles âgées de 17 ans, nettement plus consommatrices que les garçons ; en 2011, les garçons et les filles ne se distinguent plus sur la consommation de prémix. De plus, le niveau d'usage de ces boissons chez les adolescents de 17 ans a nettement baissé entre 2005 et 2011, probablement en partie du fait du coût élevé de ces boissons en raison de l'application d'une taxe particulière sur les prémix, plus élevée que pour les autres boissons alcoolisées.

Principales évolutions de consommations observées depuis dix ans

➢ Baisse des expérimentations de tabac à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 78 à 68 %) ;

➢ Recul de l'expérimentation de tabac à 13 ans entre 2006 et 2010 (de 29 à 25 %) ;

➢ Baisse du tabagisme quotidien à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 41 à 32 %) ; cependant, légère augmentation du tabagisme quotidien à 17 ans entre 2008 et 2011 (de 29 à 32 %) ;

➢ Baisse des expérimentations d'alcool à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 95 à 91 %) ;

➢ Stabilité des usages réguliers d'alcool à 17 ans sur la période 2000-2011 (11 %) ; cependant, légère augmentation des usages réguliers d'alcool entre 2008 et 2011 (respectivement 9 % et 11 %) ;

➢ Augmentation des ivresses déclarées dans l'année parmi les jeunes de 17 ans : entre 2002 et 2011, la part des adolescents qui ont connu au moins 3 ivresses dans l'année est passée de 20 à 28 % ;

➢ Hausse continue des alcoolisations ponctuelles importantes (API) au cours du mois : 46 % en 2005, 49 % en 2008 et 53 % en 2011 ;

➢ Baisse des expérimentations de cannabis à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 46 à 42 %) ;

➢ Usages réguliers de cannabis à la baisse sur l'ensemble de la période 2000-2011 (de 10 à 7 %) ;

➢ Hausse des expérimentations de cocaïne à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 1 à 3 %) ;

➢ Stabilité des expérimentations d'héroïne à 17 ans : 0,6 % en 2000 et 0,9 % en 2011.

Pratiques et conduites addictives dans les DOM

➢ Dans les DOM, la population adolescente est globalement moins concernée par les pratiques addictives qu'en métropole. Ce constat est vrai pour tous les indicateurs et pour tous les départements, avec toutefois quelques nuances ;

➢ Les niveaux de consommation d'alcool (régulière ou ponctuelle importante) sont très proches dans les trois DOM étudiés en 2011 (Guadeloupe, Martinique et Réunion), et très inférieurs à ceux observés en métropole. Si le tabagisme est 2 à 3 fois moins fréquent qu'en métropole, parmi les DOM il apparaît cependant comparativement élevé à la Réunion suite à une augmentation importante des taux d'usage quotidien entre 2008 et

2011. L'usage de cannabis est globalement moins fréquent qu'en métropole, excepté à la Réunion où le niveau d'expérimentation est comparable à celui de la métropole (40 % *versus* 41,5 %). Les usages réguliers de cannabis s'avèrent toutefois comparables. Pour les autres produits illicites, les niveaux d'expérimentation sont comme en métropole extrêmement faibles, avec une particularité concernant les poppers dont l'usage est quasi inexistant dans les DOM contrairement à la métropole. Les enquêtes menées à 17 ans soulignent la relative rareté des déclarations d'usage de produits psychoactifs dans les DOM et corroborent les résultats obtenus lors d'enquêtes en milieu scolaire sur les usages de substances psychoactives menées dans les quatre territoires.

Contextes de consommation d'alcool et de cannabis

- En 2005, parmi les jeunes ayant déclaré avoir bu de l'alcool au cours des trente derniers jours, les consommations ont surtout eu lieu le week-end, et il s'agissait souvent d'un jour ou d'un évènement particulier (anniversaire, fête…) ;
- La très grande majorité (85 %) des consommations d'alcool a eu lieu avec des amis, mais près d'un tiers (31 %) avec les parents et il s'agissait d'une occasion particulière dans 59 % des cas. La consommation solitaire était très rare (2 %). Les consommations dans les bars, restaurants et discothèques étaient rapportées par près d'un tiers des jeunes âgés de 17 ans, comme la consommation chez les parents (30 %). Lorsque cette consommation a eu lieu au domicile parental, les parents étaient présents dans 82 % des cas. La consommation dans un lieu public ouvert est rapportée dans 15 % des cas ;
- Le contexte de la consommation du cannabis est très différent de celui de l'alcool même si, comme pour l'alcool, elle se déroule dans 92 % des cas en présence des amis : le cannabis est plus souvent consommé en semaine, un jour ordinaire et très rarement en présence des parents (1 %) ; les lieux de consommation diffèrent également fortement : le domicile des parents est moins cité (9 % des cas), de même que les lieux publics payants comme les bars, restaurants (5 % des cas) ;

➢ La dernière consommation de cannabis a eu lieu dans un lieu public ouvert dans 51 % des cas. Parmi les autres lieux, il y a l'établissement scolaire dans 18 % des cas ou encore les discothèques et les concerts dans 14 % des situations.

Pratiques des jeux vidéo/Internet et des jeux de hasard et d'argent

➢ Par jeux vidéo, on entend des jeux se réalisant à travers un dispositif informatique (ordinateur, tablette, console de jeu, smartphone, borne d'arcade…) relié ou non à une connexion Internet (possibilité de jeux en réseau par exemple) dans lequel le joueur agit seul ou en groupe sur un environnement virtuel. Les études disponibles ne permettent généralement pas de faire une distinction entre la pratique des jeux vidéo et l'usage d'Internet à proprement parler, même si l'utilisation problématique d'Internet (en tant que support pour les jeux ou de média) a été documentée, et peut se décliner dans des pratiques comme les jeux vidéo, le téléphone portable, les réseaux sociaux… ;

➢ Par jeux de hasard et d'argent, on entend toute forme de jeu impliquant que le joueur engage de l'argent (ou un objet de valeur), que la mise est irréversible et que l'issue du jeu dépend totalement ou en partie du hasard ;

➢ En France, il existe encore très peu de données quantitatives sur les pratiques de jeux vidéo/Internet et de jeux de hasard et d'argent chez les adolescents.

Pratique des jeux vidéo/Internet

Les jeux vidéo sont très populaires chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Alors qu'il a été souligné que cette pratique peut avoir une influence positive sur différents paramètres comme le développement des fonctions cognitives et spatiales, elle peut également faire l'objet d'une perte de contrôle et d'un comportement problématique, en particulier à l'occasion

de la pratique de jeux en réseau. Il n'y a pas d'études épidémiologiques spécifiques sur cette thématique. Toutefois, une enquête auprès des adolescents aborde la question (Escapad 2008 pour les MMORPG - *Massively Multiplayer Online Role Playing Games* ou « jeux de rôle en ligne massivement multi-joueurs » et Escapad 2011 pour Internet) et permet de fournir des premières estimations ;

➢ En 2011, environ 80 % des 17 ans déclarent avoir utilisé Internet durant les sept derniers jours ; environ un sur quatre l'utilise comme moyen d'échange entre 2 et 5 heures par jour ; moins d'un sur cinq entre 5 et 10 heures et un sur dix plus de 10 heures par jour. Par ailleurs, 5 % joueraient aux jeux vidéo entre 5 et 10 heures par jour ;

➢ En 2008, le type de jeu le plus fréquent était le jeu non connecté (ordinateur ou console) : à 17 ans, 60 % des adolescents y avaient joué au cours de l'année écoulée ; venaient ensuite la catégorie des jeux en ligne type MMO ou *Massive Multiplayer Online* (MMORPG : *Role Playing Game* (RPG)[11] ; MMOFPS : *First Person Shooting* (FPS)[12]) auxquels 39 % des adolescents avaient joué au cours de l'année, et enfin la catégorie des autres jeux connectés ;

➢ C'est sur les MMO (MMORPG et MMOFPS) que les temps moyens de jeu sont les plus élevés. Parmi les usagers quasi-quotidiens, la moyenne atteint 5,4 heures par jour le week-end et 2,9 heures par jour en semaine contre 3,6 et 2,1 pour les autres jeux connectés et 2,9 et 2,3 pour les jeux non connectés ;

➢ Les MMORPG sont souvent décrits comme potentiellement très addictogènes ;

➢ Les garçons jouent plus souvent que les filles, en particulier aux MMORPG et MMOFPS. Ils totalisent des durées moyennes de pratique plus élevées. Toutefois, filles et garçons passent le même temps devant l'écran, les filles utilisant davantage les réseaux sociaux ;

---

11. Jeu vidéo dans lequel le joueur incarne un personnage qui évolue dans un environnement.

12. Jeu de tir basé sur des combats où le joueur voit l'action à travers les yeux du protagoniste.

➢ Parmi les joueurs de jeux vidéo (tous types confondus), 23 % des adolescents de 17 ans disent avoir rencontré au cours de l'année écoulée, à cause de leur pratique de jeu, un problème avec leurs parents, 5 % avec leurs amis, 26 % des problèmes à l'école ou au travail et environ 4 % des problèmes d'argent. Les garçons rapportent plus souvent des problèmes associés aux jeux que les filles. La fréquence de pratique des jeux, en particulier celle des MMO (RPG et FPS), est fortement associée à la déclaration de problèmes avec les parents, à l'école ou au travail, et des problèmes d'argent ;

➢ Selon les outils de mesure utilisés et les pays, la prévalence d'utilisation problématique d'Internet par les adolescents varierait de 2 à 12 %. En France, un module intégré dans l'enquête Escapad 2011 permet de proposer des premières estimations. Ainsi, parmi la population des adolescents de 17 ans qui a utilisé Internet au cours de la semaine écoulée, 3 à 5 % d'entre eux pourraient présenter une pratique problématique de l'Internet, avec diverses conséquences : troubles du sommeil, surpoids, baisse des résultats scolaires, difficultés rencontrées avec les parents...

Pratique des jeux de hasard et d'argent

➢ En France comme dans la plupart des pays occidentaux, la pratique des jeux de hasard et d'argent est illégale avant 18 ans. Pourtant, selon les études internationales, les adolescents pratiquent les jeux de hasard et d'argent : 80 % ont déjà joué au cours de la vie et 10-20 % ont une pratique hebdomadaire ;

➢ L'étude Escapad a exploré pour la première fois en 2011 la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents de 17 ans en France :

- 44 % ont déjà joué au cours de leur vie (50 % des garçons et 38 % des filles) ;
- 10 % ont joué au cours de la semaine (15 % des garçons et 7 % des filles) ;

➢ En France, les adolescents jouent principalement à des jeux de grattage et de tirage achetés dans un bureau de tabac ;

➢ La possibilité de jouer en ligne est particulièrement attractive pour les jeunes, même mineurs. En France, près de 14 % des adolescents de 17 ans ont déclaré avoir joué à un jeu de hasard et d'argent sur Internet au moins une fois dans l'année écoulée ;

➢ Parmi les joueurs, l'initiation a lieu le plus souvent à l'adolescence (voire même au début de l'adolescence selon certains auteurs), généralement dans le cercle familial ;

➢ Les garçons jouent plus que les filles, quel que soit le pays étudié ou la période de référence ;

➢ La prévalence en population adolescente varie en fonction des pays :

- En Amérique du Nord : environ 8 % des adolescents sont des joueurs à risque et 5 % des joueurs pathologiques probables[13] ;
- En Europe : 2 à 7 % des adolescents sont des joueurs problématiques/pathologiques probables ;
- En France, 14 % des jeunes de 17 ans ayant joué dans la semaine écoulée seraient des joueurs à risque modéré et 3 % des joueurs pathologiques ;

➢ La littérature internationale rapporte une prévalence du jeu problématique/pathologique supérieure chez les adolescents par rapport aux adultes. En France, on retrouve cette tendance.

Motivations de consommation et représentations de l'usage problématique des différents produits par les adolescents

➢ Pour expliquer un comportement donné, les sciences humaines et sociales s'intéressent aux intentions des individus, à leurs motivations, à leurs raisons d'agir, en relation avec leur propre contexte ; toutefois, peu d'études prennent en

13. On emploie le terme « probable » quand l'outil d'évaluation est un instrument de dépistage et non de diagnostic.

considération ces aspects, comparativement aux aspects socio-démographiques ou biologiques ;

➢ Les motivations déclarées par les jeunes sont souvent sexuellement différenciées, et sont surtout très variées, d'un produit à l'autre, mais aussi pour un même produit : motifs hédoniques, « thérapeutiques », sociables (les drogues comme « lubrifiant social »), recherche de la performance, affirmation de son identité… ;

➢ Les motivations, les attentes et les représentations sont des déterminants clés des pratiques, mais aussi de leur niveau, de leurs conséquences, comme des réactions face aux actions de prévention, d'où la nécessité d'inclure ces variables dans les études et enquêtes ;

➢ La plupart des indicateurs d'usage sont basés sur le niveau et/ou l'ancienneté de l'usage, ou sur l'ampleur des dommages associés, et non sur les attentes du consommateur ;

➢ Les jeunes rejettent généralement les explications expertes et manifestent des attentes/motivations très variées, le plus souvent en fonction du genre et socialement différenciées. La différenciation sociale des croyances et attitudes à l'égard des pratiques addictives expliquerait en partie les inégalités observées vis-à-vis des usages réguliers et problématiques ;

➢ Les adolescents se révèlent peu sensibles aux risques sanitaires à long terme (notamment les risques de maladies chroniques liées au tabagisme et à l'alcoolisation), car ils ne les perçoivent que comme un risque très lointain qui ne les concerne pas vraiment ;

➢ Les représentations des produits addictifs licites (tabac, alcool, jeux dans leur globalité) sont influencées par les outils marketing déployés par les industriels pour inciter à la consommation de leur produit. Ces publicités et outils marketing réduisent également l'efficacité des programmes de prévention destinés aux jeunes.

Principaux facteurs associés aux usages problématiques

Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques associés aux conduites addictives à l'adolescence incluent le défaut d'assertivité, la mauvaise estime de soi et le manque de confiance en soi ; l'impulsivité, la recherche de nouveauté et de sensations ; les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et le TDAH (trouble déficit de l'attention/hyperactivité) ; les évènements de vie négatifs…

Facteurs socioéconomiques et scolaires

- Les inégalités sociales dans le domaine des conduites addictives commencent dès l'adolescence ;
- L'expérimentation des produits psychoactifs est influencée par le milieu socioéconomique familial. Les jeunes de milieux favorisés expérimentent plus volontiers que ceux de milieux modestes (les écarts étant très faibles dans le cas du tabac, plus prononcés dans le cas de l'alcool et du cannabis) ;
- Toutefois, quel que soit l'âge des adolescents, les jeunes qui ont un parcours scolaire perturbé (redoublement, filière professionnelle, décrochage scolaire, déscolarisation) ou dont les familles ont un faible niveau socioéconomique (faibles revenus ou profession peu qualifiée des parents) ont des niveaux plus élevés d'usage problématique ou d'abus des substances psychoactives ou de pratique problématique/pathologique des jeux de hasard et d'argent. Cet apparent paradoxe illustre le fait que les jeunes de milieux favorisés pourraient mieux maîtriser leurs consommations et avoir moins de difficultés psychologiques concomitantes ;
- Les écarts de consommation entre garçons et filles sont importants dans le cas de l'alcool et du cannabis, mais plus réduits dans le cas du tabac. Ces écarts sont d'autant plus importants que les usages considérés sont fréquents ou intensifs. Ils sont aussi plus prononcés dans les milieux modestes que dans les milieux

favorisés et parmi les jeunes ayant un parcours scolaire difficile ou ceux ayant achevé leur scolarité dès 16 ans.

Facteurs familiaux et transmission intergénérationnelle des conduites addictives

➢ Chez le jeune adolescent, les conduites addictives sont souvent un refuge, une réponse face à une situation familiale ou personnelle difficile. Les pratiques parentales en termes d'écoute et de supervision sont à cet égard déterminantes ;

➢ En effet, un climat familial favorable (bonne entente entre parents et adolescents, connaissance qu'ont les parents de l'entourage et des activités de leurs enfants) est associé à une probabilité plus faible d'usage problématique de produits psychoactifs ou de problèmes de jeu vidéo/Internet et de jeux de hasard et d'argent ;

➢ L'existence de troubles parentaux psychiatriques ou addictifs constitue un facteur de vulnérabilité ;

➢ Les consommations de substances psychoactives (tabac, alcool) et les pratiques des jeux de hasard et d'argent des adolescents sont associées à celles des parents : les enfants de fumeurs sont 2 fois plus souvent eux-mêmes fumeurs, les enfants de consommateurs excessifs d'alcool sont 2 fois plus souvent eux-mêmes consommateurs réguliers d'alcool. Il en est de même au sujet de la pratique des jeux de hasard et d'argent. L'initiation se fait le plus souvent dans le premier cercle familial, et avoir des parents joueurs, *a fortiori* pathologiques, est un facteur de risque de troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Les habitudes de jeu s'acquièrent d'autant plus que le regard porté sur la pratique par les parents est tolérant, voire bienveillant ;

➢ La transmission intergénérationnelle des conduites addictives est particulièrement forte chez les jeunes qui ont des problèmes de comportement ou en cas de difficultés socioéconomiques de la famille ;

➢ La transmission intergénérationnelle des conduites addictives est diminuée quand les jeunes montrent une bonne capacité à se

contrôler, n'ont pas de difficultés psychologiques, ou reçoivent du soutien de la part de leur entourage ;

➢ Enfin, s'il est admis que les facteurs environnementaux influencent l'initiation de la consommation de substances psychoactives, il faut souligner l'importance des facteurs génétiques dans le risque de dépendance. Selon les études d'agrégation familiale, une part non négligeable du risque de développer une addiction serait attribuable à des facteurs génétiques, parmi lesquels de nombreux gènes candidats ont été identifiés en fonction des produits.

Cercle amical et conduites addictives

➢ Les jeunes dont les amis consomment des produits psychoactifs présentent des niveaux de consommation plus élevés que ceux dont les amis ne consomment pas, ce qui reflète probablement à la fois la façon dont les adolescents choisissent leurs amis et l'influence des consommations des pairs sur les populations adolescentes. Ce constat est également valable pour les jeux de hasard et d'argent et les jeux vidéo, d'autant plus que leur pratique est ressentie comme un loisir agréable, excitant, et associé à des valeurs positives ;

➢ L'influence du groupe de pairs sera d'autant plus manifeste que les parents ne peuvent assurer une surveillance et garantir un attachement de qualité.

Marketing et communication publicitaire des industriels

➢ Le marketing et la communication publicitaire se définissent comme l'ensemble des produits, informations, messages et autres signaux envoyés par l'entreprise sur des publics cibles pour les inciter à acheter leur produit (publicités dans les médias, sur les points de vente, sur Internet, packaging, produits aromatisés, relations vers les journalistes, les élus...) ;

➢ Une littérature internationale a mis en évidence l'influence des actions marketing et de communication publicitaire

déployées par les industriels (alcool, tabac, jeux) sur les envies de consommation des jeunes ;

➢ En dépit de la loi Evin (1991), qui pose le principe de l'interdiction partielle de la publicité directe ou indirecte pour les boissons alcoolisées et totale pour les produits du tabac (sauf dans les lieux de vente du tabac et dans les revues pour les professionnels du tabac), les industriels du tabac et de l'alcool continuent à développer des stratégies marketing ;

➢ Concernant l'industrie du tabac, la loi Evin est régulièrement détournée avec l'utilisation de supports publicitaires discrets mais efficaces pour toucher les jeunes tels que :

- l'emballage : le paquet de cigarettes, à travers ses logos, couleurs, visuels et forme, remplit des fonctions de communication : inciter à l'achat, attirer l'attention sur le point de vente, attirer des cibles spécifiques (jeunes, femmes), entretenir l'image de la marque ;
- des innovations : des cigarettes aromatisées ou qui changent de goût quand on les fume, sont par exemple lancées pour attirer les jeunes. L'objectif de ces produits est d'adoucir le goût du tabac et de réduire la perception de sa dangerosité ;
- Internet et les réseaux sociaux : en raison de leur popularité auprès des jeunes, des études récentes ont montré une forte présence des marques de tabac sur Internet. En France, ces supports publicitaires sont interdits mais les jeunes y ont facilement accès ;
- la présence des produits et des marques du tabac dans les films : des études réalisées en France et à l'international ont mis en évidence une forte présence du tabac dans les films, qui peut influer sur l'initiation du tabagisme ;
- les publicités sur le lieu de vente du tabac dont certaines ne respectent pas la loi Evin et ciblent clairement les jeunes ;

➢ Moins contraints par la réglementation, les industriels de l'alcool développent également des actions publicitaires et marketing à destination des jeunes à travers :

- le contenu des publicités pour les boissons alcoolisées qui joue sur la socialisation, l'humour, l'aventure, la musique, la séduction, le pouvoir, l'ironie, la provocation... ;
- des produits et packagings développés pour toucher spécifiquement les jeunes (par exemple les « premix » qui mélangent alcool et soda ou jus de fruits). L'application d'une série de taxes a permis de limiter l'accès à ces produits en raison de leur prix ;
- la publicité sur les points de vente et les lieux de consommation (bars, boîtes de nuit...) prend différentes formes : promotion sur les prix des boissons, cadeaux contre achats, jeux-concours, soirées « *open bar* »... ;
- le sponsoring d'évènements culturels et sportifs qui permet d'associer les marques d'alcool à des activités appréciées des jeunes consommateurs ;
- la présence sur le média Internet récemment autorisée en France : sites web, réseaux sociaux, smartphones, e-mails, « sms »... ;

➢ Il existe une autre forme de communication marketing mise en œuvre par les industriels du tabac et de l'alcool : les relations publiques et la publicité responsable dont les objectifs sont d'améliorer l'image de l'entreprise et la confiance des leaders d'opinion (journalistes, élus, scientifiques...). Les documents sur la stratégie des industriels du tabac ont montré que l'objectif de ces programmes est de renforcer l'efficacité de leurs actions de lobbying et de limiter le développement des lois susceptibles de contrer leur activité commerciale. Ces actions se traduisent par :

- la mise en place de codes déontologiques de bonne conduite (visibles sur les sites Internet des industriels ou dans des campagnes médias) ;
- le financement de fondations philanthropiques, d'ONG, ou de programmes de recherches ;
- le lancement de programmes d'éducation et de prévention auprès des jeunes ;

➢ L'effet des publicités déployées par les industries des jeux de hasard et d'argent a été moins étudié par les chercheurs. Les études montrent toutefois que :

- o les publicités du jeu véhiculent des idées pouvant contribuer au développement de comportements de jeu à risque : pour gagner, il faut investir de façon continue dans le jeu ; simplicité et importance du gain, mythes (devenir millionnaire en un jour), croyances (le jour de chance) ; non évocation des probabilités réelles de succès ;
- o plus les jeunes sont exposés à des publicités pour les jeux, plus ils mémorisent ce comportement, plus ils développent une attitude favorable envers le jeu et plus l'intention de jouer est élevée ;
- o alors que les publicités pour les jeux de hasard et d'argent sont réglementées en France, des supports variés sont utilisés et ces derniers parviennent à entrer en contact avec des jeunes : sponsoring d'évènements sportifs, publicités dans les points de vente, Internet (bannières, pop-up, sites...).

Il n'existe pas en France d'études évaluant les effets de la publicité concernant certains jeux vidéo tels que les MMORPG et les jeux à contenu violent.

Sensibilité des adolescents aux effets de l'alcool et du cannabis

Le cerveau poursuit d'importantes étapes de maturation entre 15 et 25 ans. Ces processus sont perturbés par les substances psychoactives, notamment l'alcool et le cannabis. Les adolescents sont ainsi particulièrement vulnérables aux conséquences à long terme de consommations de ces substances.

S'il existe des modes de consommation, comme dans la plupart des cas, pour lesquels il n'y a pas de risque démontré d'apparition

de troubles cérébraux, des consommations excessives vont progressivement porter atteinte au cerveau et à son fonctionnement, selon un continuum qui va dépendre de la dose, de la fréquence et des modalités d'exposition.

Sensibilité à l'alcool

➢ Les jeunes sont moins sensibles aux effets négatifs de l'alcool (hypnose, hypothermie, incoordination motrice…) mais plus réceptifs aux effets positifs ressentis (désinhibition, facilitation des interactions sociales…) ;

➢ La consommation d'alcool, et notamment l'intoxication massive, exerce des effets neurotoxiques plus prononcés sur le cerveau adolescent comparativement à l'adulte, ce qui se traduit par une plus grande interférence avec les capacités d'apprentissage et de mémorisation. De plus, une consommation d'alcool ponctuelle importante pendant l'adolescence affecte l'apparition de nouveaux neurones (neurogenèse) ;

➢ Plusieurs études ont montré que ces atteintes morphologiques et fonctionnelles (apprentissage/mémoire) engendrées par une consommation massive d'alcool sont plus importantes chez les filles que chez les garçons du même âge. Des études ont par exemple démontré que les déficits de mémoire de travail spatiale sont plus facilement mis en évidence chez les filles et qu'ils sont plus importants lorsque l'on compare le groupe des *binge drinkers* à celui des buveuses non-*binge drinkers* ;

➢ Les études sur des modèles animaux ayant fait la preuve de leur pertinence ont confirmé la plus grande vulnérabilité à l'addiction à l'alcool des sujets adultes ayant été exposés à des intoxications alcooliques répétées à l'adolescence (et notamment à la pré-adolescence).

Sensibilité au cannabis

➢ L'adolescence est une période de vulnérabilité particulière aux troubles cognitifs et au risque d'apparition de troubles

psychotiques ou de schizophrénie secondaires à la consommation de cannabis qui perturbe les processus de maturation cérébrale. De plus, le risque d'altérations cérébrales peut exister pour de faibles consommations chez des sujets particulièrement vulnérables ;

➢ Les troubles cognitifs liés à l'usage de cannabis sont corrélés à la dose, la fréquence, la durée d'exposition et l'âge de la première consommation. Ces troubles cognitifs peuvent persister à long terme, y compris après sevrage, notamment si la consommation a débuté avant l'âge de 15 ans. Une étude récente a mis en évidence, chez des sujets adultes, que la dépendance au cannabis peut entraîner une diminution du quotient intellectuel dont l'ampleur dépend de la précocité de la consommation (avant l'âge de 18 ans) ;

➢ Les études sur des modèles animaux montrent que l'exposition aux cannabinoïdes à l'adolescence induit des perturbations cognitives, physiologiques et comportementales, comparables à celles observées dans des modèles de schizophrénie, perturbations qui peuvent persister à l'âge adulte et à distance de l'exposition (après sevrage) ;

➢ Outre la mise en évidence d'effets sur la mémoire, l'attention et la concentration, l'usage intensif de cannabis peut engendrer un syndrome « amotivationnel », qui se traduit par un déficit d'activité professionnelle ou scolaire, mais aussi une pauvreté idéative et une indifférence affective.

Dommages individuels et sociaux

La plupart des travaux soulignent que chez les adolescents, une première expérience positive avec des substances psychoactives peut influencer l'évolution de la consommation, favorisant des consommations régulières puis, potentiellement, la survenue d'une dépendance. Quel que soit le produit considéré, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure et, plus

généralement, de dommages subséquents. Il en est de même avec la pratique des jeux de hasard et d'argent. Concernant les jeux vidéo, une utilisation très précoce et sans encadrement familial peut également entraîner une pratique à risque.

La dépendance se manifeste de façon différente selon le produit. Pour le tabac et l'alcool, on observe des phénomènes de tolérance et de syndrome de sevrage. Pour le cannabis, ce sont les phénomènes de perte de contrôle et de tolérance qui sont au premier plan chez l'adolescent, le syndrome de sevrage, bien identifié chez l'adulte, étant plus rare dans cette tranche d'âge.

Dommages associés au tabac

➢ Concernant le tabac, les dommages sanitaires à long terme sont très bien documentés : risques de cancers, en particulier des voies aérodigestives supérieures et des poumons, bronchites chroniques, pathologies cardiovasculaires… ; pour rappel, **en France, le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée[14], avec plus de 70 000 décès par an et 1 000 à 5 000 décès liés au tabagisme passif** ;

➢ La stigmatisation des fumeurs, si elle semble s'installer progressivement depuis quelques années parmi les adultes en France en écho aux efforts répétés de « dénormalisation » du tabac, est probablement moins forte parmi les adolescents chez qui la cigarette reste souvent associée à des valeurs positives de transgression.

Dommages associés à l'alcool

Même si la plupart des jeunes qui ont une alcoolisation ponctuelle importante ne développe pas d'addiction, une telle pratique à l'adolescence peut constituer une porte d'entrée vers une alcoolisation chronique voire une dépendance ultérieure.

14. Définie comme la mortalité survenant avant une limite d'âge retenue, généralement 65 ans.

➢ L'addiction à l'alcool est une maladie chronique et hautement récidivante en dépit des traitements, notamment en cas d'association avec des symptômes d'anxiété ou de dépression. Elle entraîne de nombreuses complications hépatiques, cardiovasculaires et neuropsychiatriques, ainsi que des cancers. **L'alcool est en France responsable d'une mortalité prématurée élevée, de l'ordre de 49 000 décès par an** ;

➢ Le foie et le cerveau sont les deux organes particulièrement touchés par une consommation excessive et chronique d'alcool ;

➢ À l'adolescence, le principal problème en lien avec l'alcool est celui de l'alcoolisation aiguë, même si l'alcoolisation précoce augmente les risques d'alcoolo-dépendance ou d'alcoolisation chronique ultérieure et de dommages sociaux ;

➢ La consommation chronique d'alcool et l'alcoolisation ponctuelle importante à l'adolescence entraînent des atteintes au niveau cérébral aussi bien au niveau morphologique que fonctionnel. Les déficits observés à moyen terme sont proportionnels à la quantité d'alcool consommée et au mode de consommation. Le cerveau des sujets pratiquant l'alcoolisation ponctuelle importante peut être en souffrance neuronale, fonctionner moins efficacement et plus lentement et présenter des déficits similaires à ceux des patients alcoolodépendants ;

➢ Les risques à court terme sont l'implication dans des violences interpersonnelles, comme victime et/ou comme auteur, des rapports sexuels non désirés (avec pour conséquences éventuelles : infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées…), des accidents de la route ;

➢ Certains travaux montrent que l'usage d'alcool est associé à un moindre niveau d'études, mais ni le sens du lien causal éventuel ni sa nature ne sont clairs. En revanche, il semble que l'abus d'alcool à l'adolescence ait une incidence négative sur le niveau d'études atteint ultérieurement.

Dommages associés au cannabis

➢ Concernant le cannabis, il existe une corrélation entre l'usage et la levée de l'inhibition comportementale ;

➢ Les troubles cognitifs observés dans les heures qui suivent l'usage de cannabis concernent l'attention, le temps de réaction, la mémoire de travail, et sont associés à des troubles de coordination. Ces troubles augmentent le risque d'accident ;

➢ L'usage de cannabis peut également précipiter la survenue de troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, symptômes psychotiques et schizophrénie). Le cannabis peut induire des symptômes psychotiques et précipiter des troubles psychotiques, notamment à l'adolescence. Ce risque pourrait être modulé par certains facteurs génétiques, l'âge d'exposition et l'existence préalable d'une vulnérabilité à la psychose (schizotypie, antécédents familiaux). Il n'a pas été démontré que le cannabis puisse être la cause unique d'une schizophrénie, mais la sensibilité aux effets psychotomimétiques[15] du cannabis est variable selon les personnes. La consommation de cannabis, fréquente chez les personnes souffrant de pathologies psychiatriques, aggrave ces pathologies à terme ;

➢ La consommation chronique de cannabis induit des troubles cognitifs, caractérisés par des troubles de l'attention, de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique avec des altérations de l'encodage, du stockage et du rappel des informations. Certains troubles persistent après sevrage, notamment en cas de consommation précoce avant 15 ans ;

➢ Des études longitudinales ont retrouvé chez des enfants exposés au cannabis durant la grossesse, des troubles de l'organisation des perceptions, de l'attention et de la mémoire et dès l'âge de 6 ans, des perturbations du raisonnement verbal, de la mémoire à court terme, pouvant avoir un impact sur les apprentissages scolaires ;

➢ La consommation chronique de cannabis fumé a des conséquences sanitaires à long terme comparables à celles du tabagisme

15. Une substance psychotomimétique simule et provoque des manifestations psychotiques.

(risques accrus de maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, cancers) ;

➢ La consommation régulière de cannabis a des effets sur le fonctionnement global se traduisant par des résultats scolaires plus faibles, des revenus moins élevés, des taux de chômage et de recours aux systèmes d'aide sociale plus élevés, des relations interpersonnelles et une satisfaction dans la vie moins bonnes.

Dommages associés aux médicaments psychotropes

➢ Concernant les médicaments psychotropes, il existe une association statistique entre mésusage[16] et conduites suicidaires, y compris parmi les adolescents. Il est cependant important de noter que le mésusage survient fréquemment dans un contexte de polyconsommation de produits psychoactifs ;

➢ Hors prescription, les mésusages de certains médicaments psychotropes peuvent avoir des effets délétères sur les plans psychique et somatique, y compris être associés avec des troubles du comportement alimentaire, des comportements « antisociaux », et un risque accru d'arrêt de la scolarité.

Autres dommages associés aux substances psychoactives

➢ La consommation de cannabis double le risque de provoquer un accident de la route entraînant des blessures graves ou un décès. Les effets du cannabis sont dose-dépendants et aggravés par la consommation simultanée d'alcool ;

➢ En 2005, 6 % des jeunes de 17 ans déclaraient avoir conduit (le plus souvent un deux-roues) après avoir bu de l'alcool et 1 % avait eu un accident ; 4 % avaient conduit après avoir uniquement fumé du cannabis et 0,4 % avait eu un accident ; 6 % avaient conduit après avoir associé les deux produits et 0,2 % avait eu un accident ;

16. Le terme « mésusage » est ici défini par un usage non-conforme à une prescription établie par un médecin ou par un usage hors prescription.

➢ Compte tenu de l'évolution actuelle des normes sociales[17] condamnant les pratiques d'usage/abus de substances psychoactives, les personnes qui s'y adonnent malgré tout s'exposent aux deux manifestations classiques de la stigmatisation : d'une part la dépréciation morale (c'est-à-dire des stéréotypes négatifs) et, d'autre part, la mise à l'écart et l'évitement, ce second aspect pouvant avoir des conséquences très concrètes (difficultés à trouver un(e) partenaire, un emploi, un logement…). Si la stigmatisation des usages de drogues est sans doute moindre à l'adolescence, réciproquement les adolescents peuvent y être plus sensibles.

Dommages associés aux jeux de hasard et d'argent et aux jeux vidéo

➢ Concernant la pratique des jeux de hasard et d'argent, si elle n'entraîne pas directement de dommages physiques, la dérive addictive peut avoir des conséquences négatives dans cette tranche d'âge cruciale (usage de substances psychoactives, symptômes dépressifs et anxieux, risque suicidaire, pertes financières, diminution des performances scolaires, activités délictueuses...). Toutefois, les travaux évaluant les dommages du jeu problématique/pathologique à l'adolescence sont encore rares ;

➢ Concernant les jeux vidéo, au-delà du temps passé qui s'avère parfois très long, des problèmes d'ordres psychiques et somatiques peuvent survenir en cas d'usage excessif : troubles du sommeil, irritabilité, tristesse, anxiété, isolement, baisse des performances scolaires... Par ailleurs, un usage problématique des jeux vidéo peut potentialiser l'utilisation d'autres substances comme le tabac, le cannabis, l'alcool, des boissons énergisantes… et augmenter le risque de sédentarité et de surpoids.

17. Les normes sociales sont des règles de conduite, qui définissent ce qu'un individu peut ou ne peut pas faire dans une situation donnée. Transmises par la socialisation, elles peuvent valoir dans une société dans son ensemble, ou au sein d'un groupe particulier, sachant qu'elles en reflètent les valeurs dominantes. Une norme peut être formelle (loi, règlement écrit) ou informelle (us et coutumes), et son non-respect entraîne des sanctions (également formelles : amende, licenciement... ; ou informelles : stigmatisation, exclusion du groupe…).

Accompagnement des adolescents présentant des conduites addictives

L'importance des effets positifs rapportés par un usager adolescent et la nécessité perçue de consommer dans certaines circonstances doivent alerter l'entourage et les cliniciens sur le risque de survenue d'une dépendance.

Consultations Jeunes Consommateurs

➢ Les « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC) sont des lieux d'accueil et de prise en charge dédiés aux publics jeunes, qui consomment des substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, cocaïne...) ainsi qu'à leur famille[18]. Mises en place à partir de 2004 par les pouvoirs publics, ces consultations sont gratuites et garantissent l'anonymat. Par une pratique clinique intégrant à la fois les phénomènes de l'adolescence et une position addictologique centrée sur la personne et non sur le seul produit, les consultations permettent d'améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs. Elles doivent (selon les termes de l'annexe 4 de la circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008) « réaliser une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repérer un éventuel usage nocif, offrir une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève… accompagner ou proposer une orientation des personnes en difficulté… et offrir un accueil et une orientation à l'entourage... » ; il s'agit d'établir une alliance thérapeutique entre le jeune et celui qui l'accueille.

Entretiens motivationnels

➢ En consultation externe, l'entretien motivationnel est une approche efficace dans le cas des comportements addictifs,

18. La plupart des CJC sont adossées à des CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), certaines dépendent d'un service hospitalier, notamment d'une ELSA (Équipe de liaison et de soin en addictologie).

particulièrement chez les jeunes. Cette approche s'articule autour du modèle trans-théorique de changement et du modèle motivationnel, qui postulent que les patients pourront plus facilement changer leurs comportements si la motivation vient d'eux-mêmes plutôt qu'imposée par le thérapeute, la famille, l'école ;

➢ Les entretiens motivationnels ont montré depuis longtemps leur efficacité et leur pertinence chez les adultes, et des résultats très prometteurs ont été observés chez les adolescents.

Thérapies cognitivo-comportementales

➢ Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) visent à identifier/supprimer un comportement problématique et identifier/restructurer les pensées erronées favorisant ce comportement problématique. Elles s'appuient sur différentes techniques, comme l'exposition[19], la prévention de la rechute, la régulation des émotions, la gestion du *craving*... ;

➢ Les TCC se montrent particulièrement efficaces chez les adolescents pour faire face à leurs conduites addictives en leur fournissant aussi des stratégies alternatives (comportementales, cognitives et dans la gestion des émotions) pour gérer les situations qui concourent au passage à l'acte addictif.

Thérapies familiales

➢ Chez les plus jeunes (moins de 16 ans), les thérapies familiales sont plus efficaces que les TCC. La participation de la famille dans les prises en charge des conduites addictives est alors un élément important dans la réussite du traitement ;

➢ Les thérapies familiales visent à analyser et soutenir les changements au niveau des pratiques parentales afin que celles-ci aient le meilleur impact possible sur le développement de

19. L'exposition est la mise en situation de prise de produit en imagination puis dans le réel (par exemple, un patient apprend à s'imaginer devant une boisson pour ensuite gérer son envie de boire, puis avec une image de boisson et la boisson elle-même).

l'adolescent. Elles ont fait l'objet de multiples publications, dont une en Europe à partir de l'étude INCANT[20]. L'étude INCANT a porté sur 460 adolescents dépendants aux cannabis et s'est déroulée dans cinq pays d'Europe dont la France. Les résultats de cette étude montrent une meilleure efficacité de la thérapie familiale multidimensionnelle[21] (MDFT) comparée à la thérapie individuelle. Elle est d'autant plus efficace que la consommation et les troubles du comportement sont importants.

Approches psychodynamiques

➢ Les approches psychodynamiques (s'appuyant sur les théories psychanalytiques) qui mettent l'accent sur la prise de conscience de l'individu de ses conflits psychiques et sa capacité à développer une nouvelle construction du moi sont bien implantées en France. Elles se caractérisent par des interventions sur le long terme et elles ont été peu étudiées selon des protocoles répondant aux critères scientifiques. Elles servent plus souvent de modèle de compréhension que de bases d'action pour faire évoluer les comportements. Elles ne se centrent pas directement sur les addictions, elles peuvent être un complément important en permettant un « renforcement du moi ».

Soins résidentiels

➢ Le soin résidentiel englobe les prises en charge pluridisciplinaires institutionnelles avec évaluation globale du sujet et de son parcours addictif, arrêt de la consommation ou du comportement pathologique (sevrage), maintien du sevrage et accompagnement à la reprise de la scolarité et/ou travail sur l'insertion professionnelle ;

---

20. *INternational CAnnabis Need of Treatment* : programme européen de recherche visant à évaluer, dans le contexte européen, l'efficacité d'une méthode thérapeutique d'inspiration familiale (*Multidimensional Family Therapy*) dans la prise en charge des adolescents abuseurs ou dépendants au cannabis.

21. Il s'agit d'une psychothérapie intégrative dont les principaux courants influents sont les thérapies systémiques, les thérapies cognitives et les thérapies stratégiques.

➢ En France, le soin résidentiel regroupe les hospitalisations de courte durée, les centres thérapeutiques résidentiels médico-sociaux et les hospitalisations de moyen et long séjour. Ces dispositifs sont très peu développés pour les adolescents présentant une addiction : deux centres leur sont réservés et spécialisés dans la réinsertion sociale (à Lille et Marseille) mais il n'existe pas de centre résidentiel spécialisé à la fois dans les consuites addictives et le suivi scolaire. Ce type de structure soins-étude a été développé pour les pathologies psychiatriques (établissement de la Fondation santé des étudiants de France). Pour les patients présentant des conduites addictives sévères avec comorbidité psychiatrique, les soins en milieu résidentiel sans travail sur la scolarité ou la réinsertion professionnelle conduisent bien souvent à la chronicisation de la pathologie ;

➢ Le soin résidentiel est en général proposé en cas d'échec des traitements ambulatoires bien conduits, dans les situations où une prise en charge à distance des parents et du milieu social est nécessaire afin de mettre en œuvre non seulement des thérapies, mais aussi une scolarisation ou un travail sur la réinsertion. En effet, les situations familiales sont parfois si tendues qu'un recul est rendu nécessaire pour réamorcer un dialogue constructif dans la famille. De plus, les addictions sévères entraînent une déscolarisation et constituent une menace d'exclusion définitive du système social et familial. Pour réintégrer l'adolescent dans la filière des études, un travail intensif associant soins et étude est une condition *sine qua non* ;

➢ L'ensemble des services de désintoxication et de stabilisation ont été considérés comme un élément initial d'un traitement global. Les cures de sevrage courtes peuvent être utiles dans le cadre d'un suivi global sur le long terme ; elles sont indiquées surtout en cas de situation de crise chez l'adolescent. Aucune étude n'a démontré l'efficacité des cures de sevrage seules ;

➢ Du fait de la fréquence de la comorbidité psychiatrique, l'évaluation précise d'éventuels troubles psychopathologiques ou d'un trouble psychiatrique émergent ne doit pas être négligée et une articulation forte entre structures d'addictologie et centres

spécialisés pour l'évaluation des jeunes adultes est nécessaire pour permettre une prise en charge multidisciplinaire, adaptée au stade évolutif de l'éventuelle maladie associée.

Interventions de prévention des conduites addictives présentées comme efficaces vis-à-vis des adolescents

➢ Selon la littérature scientifique, 9 stratégies d'interventions peuvent être dégagées comme ayant montré des effets bénéfiques sur la prévention ou la diminution de la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis et autres substances illicites) :

- o les interventions visant à développer les compétences psychosociales[22] des jeunes ;
- o les interventions visant le développement des compétences parentales ;
- o les interventions visant à développer les compétences psychosociales à la fois des adolescents et des parents ;
- o les stratégies à composantes multiples[23] ;
- o les interventions fondées sur l'entretien motivationnel ;
- o les interventions de développement des compétences psychosociales incluant un volet psychothérapeutique ;
- o les interventions d'aide à distance ;
- o les campagnes dans les médias ;
- o les interventions législatives et réglementaires.

---

22. Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement (définition de l'OMS).

23. Les stratégies à composantes multiples intègrent, en plus d'un volet de développement des compétences des jeunes et des parents, un volet « communautaire ». Les volets communautaires visent à impliquer au niveau local d'autres acteurs que l'école et les parents.

➢ Dans la littérature, les 3 types d'intervention le plus souvent présents dans les programmes validés comme efficaces sont ceux fondés sur le développement des compétences psychosociales des adolescents, ceux incluant des stratégies à composantes multiples et ceux développant des compétences non seulement des enfants, mais aussi des parents ;

➢ Le développement des compétences psychosociales semble constituer un axe central des programmes ayant montré des preuves d'efficacité dans le champ de la prévention de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes. Ces approches interactives utilisent des exercices pratiques et apparaissent comme plus efficaces que les approches simplement didactiques. L'efficacité de ces programmes dépend cependant d'un certain nombre de caractéristiques qu'il convient de considérer avec la plus grande attention. Les principales sont : la durée et l'intensité des programmes, le choix et la formation des animateurs, le contenu informationnel des messages délivrés sur les substances notamment en fonction du statut de consommation des jeunes auxquels on souhaite s'adresser (non expérimentateurs, expérimentateurs et consommateurs réguliers) ;

➢ Pour les plus jeunes, les approches universelles[24], presque toujours conduites en milieu scolaire, ont l'avantage d'éviter les effets potentiellement négatifs d'un étiquetage précoce et/ou d'une stigmatisation, tout en permettant d'atteindre les enfants les plus à risque en amont de l'entrée dans les consommations ;

➢ Les compétences psychosociales travaillées chez les adolescents sont la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes (gestion des émotions), la prise de décisions, la communication, l'affirmation et l'estime de soi ;

➢ Les compétences travaillées chez les parents sont essentiellement des compétences de communication, et des compétences en lien avec la capacité à fixer des limites et la gestion des conflits ;

---

24. Les approches universelles s'adressent à l'ensemble de la population ou à un segment entier de cette dernière (adolescents, personnes âgées…). Elles s'opposent aux approches plus ciblées, qui sont soit sélectives (destinées à des sous-groupes présentant des facteurs de risque qui augmentent leur probabilité de développer une addiction), soit indiquées (destinées à des individus présentant déjà des comportements à risque).

➢ Les volets communautaires visent, quant à eux, à impliquer au niveau local d'autres acteurs que l'école et les parents (presse locale, réseau associatif, police, justice, club sportif...) ;

➢ L'aide à distance, utilisant l'ordinateur, Internet ou encore les SMS, peut être un outil pertinent pour l'aide à l'arrêt ou à la réduction des consommations ;

➢ Les campagnes média seules ou en association avec un programme scolaire de développement des compétences, ont montré des effets bénéfiques dans le cadre de la prévention du tabagisme seulement ;

➢ Les actions sur les lois et réglementations visant notamment à limiter l'accès au produit, les activités commerciales des industriels, la consommation de produits dans certains lieux... ont montré des effets bénéfiques sur la consommation d'alcool et de tabac. La France dispose d'un cadre législatif et réglementaire relativement solide et complet mais dont l'application est encore trop partielle et doit être renforcée. En ce qui concerne le tabac, il existe également la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac de l'OMS, fondée sur des preuves scientifiques, qui recense l'ensemble des mesures efficaces pour réduire la prévalence tabagique. La France a ratifié cette Convention mais elle n'est que partiellement appliquée. Ces défaillances illustrent le fait que l'engagement de tous les acteurs impliqués est une des conditions de l'efficacité durable de la mise en œuvre de programmes de prévention.

Recommandations

Par attrait de la nouveauté et par besoin d'imitation, l'adolescence est une période propice à l'expérimentation dans de nombreux domaines et notamment à l'initiation aux substances psychoactives ou à certaines pratiques pouvant constituer, chez certains, les prémices d'un usage problématique. Résultant d'une alchimie impliquant un individu, son environnement et un (ou plusieurs) produit(s), une simple expérimentation, selon son contexte, pourra aboutir à un comportement aux conséquences néfastes à court et à long terme. Le premier usage d'un produit, et en particulier la précocité de l'initiation, apparaissent comme des déterminants majeurs d'usage problématique par la suite. Aussi, la prévention des conduites addictives chez les adolescents, même si elles ne concernent qu'une minorité, constitue un enjeu majeur pour la société.

En préambule, il est important de préciser que tous les produits, licites ou non, susceptibles d'être à l'origine d'un comportement compulsif ou d'une dépendance sont à prendre en considération mais les actions à développer doivent cibler en priorité l'alcool et le tabac, voire le cannabis, en raison de niveaux d'usage et de dommages associés (en termes de santé publique) plus importants que pour les autres substances et les jeux.

Recommandations d'actions

Les recommandations d'action formulées par le groupe d'experts répondent à plusieurs logiques, non exclusives les unes des autres. Ces recommandations sont fondées sur les preuves d'efficacité (*evidence-based*) des interventions rapportées dans la littérature scientifique ; elles s'appuient également sur des modèles théoriques (*theory-based*, c'est généralement le cas des campagnes) qui proposent une liste de déterminants de santé sur lesquels il est possible

d'agir ; enfin, elles prennent en considération les besoins exprimés par la population en termes d'information, de sensibilisation ou de services. Ces éléments d'information issus des terrains et des bénéficiaires de la prévention peuvent contribuer utilement à adapter, orienter voire développer des actions de prévention.

Les interventions dites « *evidence-based* », généralement évaluées sur des indicateurs comportementaux, ont ainsi fait la preuve d'effets bénéfiques sur les comportements de consommation (diminution, arrêt ou absence d'expérimentation) dans le contexte d'implantation de l'intervention, en l'occurrence le plus souvent anglo-saxon.

Les conduites addictives résultent d'interactions entre un produit, un individu et son environnement qui pourront être les cibles des actions de prévention. Les programmes de prévention doivent inclure si possible un ensemble d'actions ayant montré leur efficacité en termes de prévention universelle (population des adolescents) ou sélective (groupes à risque) ou indiquée (adolescents présentant des signes d'addiction) et en priorité les actions susceptibles d'être transférées et adaptées au contexte français. Ils doivent également privilégier les actions pouvant être implantées dans les systèmes de droit commun (école, PMI, médecine préventive universitaire). Dans tous les cas, il est recommandé de privilégier les programmes de prévention qui incluent un volet d'évaluation de leur efficacité. Les études indiquent qu'une intervention est d'autant plus efficace qu'elle s'inscrit dans un cadre multi-interventionnel ou multisystémique[25].

Les recommandations d'actions préconisées par le groupe d'experts ont trois objectifs majeurs :

- Prévenir l'initiation ou en retarder l'âge ;

25. Le cadre multi-interventionnel se définit par le fait d'agir sur plusieurs facteurs à la fois, par différents moyens et acteurs, pour créer une synergie d'ensemble qui serait supérieure à la somme des parties (par exemple : campagne + réglementation + développement de compétences). Le cadre multisystémique considère l'individu non pas isolément mais comme appartenant à des systèmes sociaux et institutionnels (famille, groupe d'amis, école…) ayant des modalités de fonctionnement propres et dans lesquels il occupe une place particulière. Selon cette approche, les difficultés d'une personne doivent être appréhendées et travaillées en intervenant plus globalement sur les différents systèmes auxquels elle appartient.

- Éviter les usages réguliers ;
- Repérer au plus tôt les usages précoces et réguliers et promouvoir une prise en charge adaptée pour éviter les dommages sanitaires et sociaux.

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire d'assurer une coordination nationale et régionale des actions ainsi qu'un soutien financier pérenne.

I. Prévenir l'initiation ou en retarder l'âge

Sensibiliser le public et les différents acteurs à la vulnérabilité de l'adolescent

En dépit des restrictions d'accès aux produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis et autres produits illicites), les prévalences de consommations de ces produits demeurent élevées, à la fois chez les garçons et les filles, avec un âge d'initiation précoce pour certaines substances ou certaines pratiques. Or, l'adolescence constitue une période particulièrement critique en termes de vulnérabilité.

La consommation précoce de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres substances psychoactives à l'adolescence peut être prédictive d'un usage nocif, voire d'une dépendance ultérieure à cette substance ou à une autre, de troubles du comportement ou de difficultés scolaires et professionnelles. Plus l'initiation de la consommation est précoce (dès le début de l'adolescence), plus les toxicités immédiates sont importantes, plus ces risques sont majorés. Par ailleurs, les processus de maturation cérébrale (qui se poursuivent jusqu'à environ 25 ans) entraînent une vulnérabilité exacerbée vis-à-vis de la neurotoxicité des substances psychoactives en général. Les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits psychoactifs à cette période clé peuvent ainsi avoir des effets délétères sur le bon déroulement de ces processus et être la cause de dommages irréversibles. Il est à noter que si la consommation de tabac n'entraîne pas de trouble

du comportement à l'adolescence, l'initiation précoce favorise la dépendance et majore les risques sanitaires (maladies respiratoires, cardiovasculaires, cancer…).

Concernant l'alcool, les pratiques de consommation ponctuelle importante (API) ont un impact particulièrement délétère sur le cerveau adolescent (toxicité, fonctionnement). Par ailleurs, les effets sur le fonctionnement cérébral et les capacités cognitives sont plus prononcés chez les filles que chez les garçons du même âge. Concernant le cannabis, la consommation au cours de l'adolescence rend vulnérable aux effets psychotomimétiques du cannabis et augmente le risque d'émergence de troubles psychotiques et de troubles cognitifs (notamment perte d'efficience intellectuelle) durables à long terme.

Alors que la pratique des jeux de hasard et d'argent n'est pas autorisée avant 18 ans, les enquêtes en population générale montrent qu'elle est fréquente chez les adolescents avec un risque de perte de contrôle et de passage au jeu problématique qui s'accroît avec la précocité de l'initiation. À cet égard, les études internationales révèlent une initiation précoce, dès le début de l'adolescence pour les garçons. Si la pratique des jeux de hasard et d'argent ne provoque pas de dommages sanitaires majeurs comme c'est le cas avec les substances psychoactives, la dérive addictive entraîne cependant des conséquences préjudiciables (propension à l'usage de substances psychoactives, symptômes dépressifs et anxieux, risque suicidaire, pertes financières, diminution des performances scolaires, activités délictueuses…).

Afin de repousser l'âge d'initiation, de diminuer les consommations des différentes substances psychoactives licites et illicites, d'agir sur les pratiques problématiques des jeux de hasard et d'argent, et de prévenir les usages abusifs pouvant conduire à une addiction, **le groupe d'experts préconise** d'informer et de sensibiliser le grand public et les différents acteurs concernés (jeunes, parents, intervenants du secteur scolaire, parascolaire et médical…) sur la vulnérabilité particulière du cerveau de l'adolescent et sur les dangers d'une initiation précoce. **Le groupe d'experts recommande** de renforcer les messages décrivant l'impact durable sur la santé, et en particulier sur le cerveau, d'une consommation

massive et rapide d'alcool ainsi que d'une consommation régulière de cannabis pendant l'adolescence. Il convient de le faire sans dramatiser, en s'appuyant explicitement sur les données scientifiques récentes pour montrer qu'il ne s'agit pas d'une position idéologique. La délivrance de ces informations pourrait faire appel à différents médias : campagnes d'information, sites Internet officiels fournissant des informations sur les risques associés aux substances et les pièges liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Même si les campagnes d'information isolées n'ont pas montré d'effets probants sur les comportements, les campagnes médias sont utiles pour modifier les motivations, les attentes et les représentations existantes, en instaurer de nouvelles ou diffuser des connaissances nécessaires à la prise de décision. Il est recommandé d'utiliser l'outil de l'information en accompagnement d'autres mesures (éducation, législation…) et d'optimiser les conditions de son efficacité (répétitions, contenu et médias adaptés aux populations visées). À ce titre, et de façon variable selon la cible et le comportement visés, les campagnes d'information peuvent contribuer utilement à créer un environnement social plus favorable à la santé.

Développer les compétences psychosociales des adolescents

Il est nécessaire de sensibiliser les jeunes aux risques associés à la consommation des différentes substances psychoactives, à leurs effets indésirables à court terme (auxquels les jeunes peuvent être réceptifs) et à long terme (auxquels les jeunes sont très peu sensibles), à la variabilité des risques selon les personnes. De même, il faut les sensibiliser aux pratiques problématiques des jeux de hasard et d'argent et des jeux vidéo. Toute action d'information auprès des jeunes doit s'inscrire dans la durée. L'information doit être accompagnée d'interventions validées qui permettent le développement des compétences de l'adolescent, y compris sur le versant émotionnel (prise de conscience et renforcement des ressources : estime de soi, habiletés sociales…),

en présence de personnel formé. De plus, toute campagne de prévention auprès des jeunes doit prendre en considération l'influence des croyances et représentation de l'usage. Elle doit aider les adolescents à repérer une éventuelle hypersensibilité aux substances, notamment au cannabis, et confronter leurs expériences à celles véhiculées par les représentations ou croyances. Le développement de stratégies ou d'activités alternatives aux conduites de consommation, telles que la pratique d'un sport, permet à l'adolescent de trouver dans cette pratique une partie du bénéfice qu'il cherche dans l'usage de la substance psychoactive ou dans la pratique des jeux de hasard et d'argent, écrans, jeux vidéo ou Internet.

Le groupe d'experts recommande, comme cela existe déjà au niveau national de manière non structurée, que l'information auprès des jeunes soit accompagnée d'interventions visant un renforcement de leurs compétences psychosociales et de l'affirmation de soi. Le développement des compétences doit s'inscrire dans des activités de groupe utilisant des méthodes interactives (ateliers créatifs, mises en situation, jeux de rôle, discussions de groupe…).

Ces interventions doivent être en adéquation avec le calendrier des entrées dans la consommation des différents produits visés. Pour le tabac : dès 10-12 ans afin d'éviter l'entrée dans les usages (par exemple, des programmes auprès des 10-11 ans qui s'appuient sur des leaders d'opinion sélectionnés par les élèves et parmi les élèves) ; auprès des adolescents âgés de 14-15 ans (classes de 4ème et 3ème) pour viser la sortie de l'usage de tabac.

De tels programmes peuvent être menés en milieu scolaire dès la fin de l'école élémentaire pour le tabac, l'alcool, les jeux vidéo et Internet, puis au début du collège pour ces mêmes substances/comportements auxquels s'ajoutent le cannabis et les jeux de hasard et d'argent. Il est ainsi recommandé que ces programmes s'inscrivent et s'adaptent tout au long du parcours scolaire (second degré notamment) et de l'apprentissage professionnel. Il conviendra de s'appuyer sur des programmes validés, sans pour autant négliger la question de la transférabilité au contexte français, la grande majorité des interventions validées provenant des

pays anglo-saxons. Ainsi, des programmes développés aux États-Unis tels que *Life Skills Training* et *Alert* chez les élèves de 11-15 ans ont montré leur efficacité sur la prévention de l'initiation ou sur la réduction des consommations d'alcool, tabac et cannabis. On pourra s'intéresser tout particulièrement au programme scolaire *Unplugged*/EU-DAP[26] développé avec le soutien de l'EMCDDA (*European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction*) et implanté dans des contextes plus proches du contexte français tels qu'en Belgique, en Italie ou en Espagne.

Les aménagements du temps scolaire pourraient constituer une opportunité pour la mise en place de telles interventions, sur le temps supplémentaire dégagé.

De plus, des actions d'information et de prévention sont à encourager au niveau des centres existants d'activités périscolaires (clubs sportifs…) et à mener par un personnel formé, par exemple psychologues ou travailleurs sociaux ayant une connaissance des produits ou des comportements à risque, afin de permettre des échanges adaptés et efficaces avec les jeunes.

Pour éviter toute stigmatisation, **le groupe d'experts recommande** de proposer, au sein de programmes universels, des volets ciblés permettant la prise en compte des autres problèmes rencontrés par le jeune (trouble des conduites, troubles psychiques, mal-être, échec scolaire, histoire familiale…). Les professionnels de santé en milieu scolaire (médecin et infirmière scolaire) sont pour cela des interlocuteurs privilégiés et leur rôle doit être renforcé.

Le recours à des leaders d'opinion (pairs, personnalités reconnues et appréciées) ainsi que des modifications de l'environnement législatif ont par exemple déjà été évalués comme efficaces pour aider à faire évoluer les représentations puis les comportements.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de renforcer la prévention sur les risques au volant/en deux-roues liés à la consommation d'alcool et de cannabis et d'informer sur les sanctions légales

26. EU-DAP : *EUropean Drug Abuse Prevention*

qui y sont associées, particulièrement pour les jeunes conducteurs, dans le cadre de l'apprentissage du code de la route et de la conduite automobile.

Informer, sensibiliser et aider les parents

Les parents sont souvent démunis face aux consommations de substances psychoactives, à la pratique trop précoce de jeux de hasard et d'argent, et à la pratique non encadrée et/ou problématique des écrans, jeux vidéo et Internet de leurs enfants. **Le groupe d'experts recommande** d'informer régulièrement les parents sur les dommages liés aux consommations précoces, sur l'évolution des modes de consommation chez les jeunes et sur les codes marketing qui leur sont destinés et qui visent à promouvoir la consommation. Cette information doit être accompagnée de repères et de conseils pratiques sur la manière de communiquer avec les adolescents. À ce titre, il convient de rappeler aux parents l'importance qu'ils ont pour leurs adolescents. En effet, même si ces derniers semblent vouloir échapper à l'autorité parentale, ils n'en demeurent pas moins très sensibles aux messages véhiculés par les parents.

Des travaux ont montré que différents aspects de la parentalité sont associés aux conduites addictives des adolescents et en particulier au passage éventuel d'une expérimentation à l'installation de la consommation :

- consommations de produits psychoactifs et pratiques de jeux par les parents ;
- climat familial perturbé et discorde au sein de la famille (parents-enfants et entre frères et sœurs) ;
- absence de supervision par les parents des activités des adolescents et de leurs fréquentations.

Pour aborder et limiter les conduites addictives des jeunes, **le groupe d'experts souligne** l'intérêt de renforcer les compétences parentales, sans culpabiliser, dramatiser, ni banaliser ; il s'agit d'aider les parents à avoir l'attitude la mieux adaptée à la situation.

Des brochures à destination des parents (visant à redonner confiance aux parents, leur affirmer que même s'ils se sentent démunis ils ont un rôle important à jouer auprès de leur adolescent…) pourraient être mises à disposition de façon systématique dans les cabinets médicaux, les maisons de santé… Par ailleurs, des programmes de développement conjoint des compétences des enfants et des parents ont montré leur efficacité sur la prévention de l'initiation ou la réduction des consommations. C'est par exemple le cas du programme SFP 10-14[27] qui a montré une efficacité dans plusieurs pays européens (Pologne, Espagne, Royaume-Uni) et aux États-Unis, même à distance de l'intervention, sur l'initiation au cannabis, la fréquence des ivresses ou la consommation d'alcool. De plus, des programmes visant à impliquer l'ensemble des acteurs concernés (enfants, parents, école, médias…) se sont révélés bénéfiques (tel le programme STAR aux États-Unis) sur l'usage d'alcool et la réduction du tabagisme.

Pour les familles les plus vulnérables, **le groupe d'experts recommande** la mise en place de dispositifs de soutien individualisés (accompagnement des parents, assistance sociale, soutien scolaire…). Il est important de souligner que le développement des compétences parentales ou plus généralement le soutien à la parentalité peut s'appliquer de manière précoce aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Le programme *Nurse-Family Partnership* (États-Unis) a montré, par un suivi à long terme, un bénéfice sur la fréquence de consommation d'alcool des enfants à l'âge de 15 ans.

En ce qui concerne les jeux vidéo, le contrôle par les parents est d'autant plus nécessaire que l'enfant est jeune, l'auto-régulation n'existant pas chez les enfants et étant insuffisante chez les jeunes adolescents. **Le groupe d'experts recommande** de développer des programmes d'information renforçant les parents dans leur rôle de contrôle de la durée de pratique, du contenu du support et de l'adéquation âge/contenu pour aller progressivement vers

27. *Strengthening Families Programme for Parents and Youth 10-14* : adaptation dans différents pays européens d'un programme américain visant la population scolaire de 10 à 14 ans.

le contrôle interne. Pour un meilleur encadrement des plus jeunes adolescents, **le groupe d'experts préconise** que les outils informatiques restent sous contrôle parental ; le temps passé devant les écrans pourrait faire l'objet de règles domestiques ou d'une négociation en fonction de l'âge de l'adolescent. Il peut être utile de se reporter aux conditions générales d'utilisation d'Internet.

Renforcer la formation des intervenants

Compte-tenu de la prévalence élevée des conduites addictives chez les jeunes en population générale, l'ensemble des acteurs en contact avec les adolescents devraient être informés des problématiques addictives et formés au repérage précoce des adolescents présentant des conduites addictives et aux interventions brèves qui peuvent être réalisées, en milieu scolaire, sportif ou de loisir…

Ils doivent aussi pouvoir orienter les adolescents les plus en difficulté vers des structures *ad hoc*, s'appuyant sur du personnel compétent.

L'addictologie est une discipline émergente qui doit être développée dans toutes les universités (notamment facultés de médecine, de psychologie et filières paramédicales), avec un enseignement de base comprenant des aspects généraux (épidémiologiques, sociologiques, cliniques, thérapeutiques) et des aspects spécifiques (enfants, adolescents, périnatalité, milieu scolaire et universitaire, milieu professionnel, urgences, accidents, violence, milieu psychiatrique, milieu médical, précarité…). Du fait de la forte comorbidité entre troubles addictifs et troubles psychiatriques, et du fait que l'initiation d'une addiction peut être le témoin voire un facteur précipitant d'une pathologie émergente, il est important de coupler ces formations à celle du repérage des troubles psychiatriques émergents.

À côté de la formation de base (« savoir »), il est nécessaire de développer le « savoir-faire », notamment quant à la prévention et aux prises en charge psychothérapeutiques adaptées à

l'addictologie (TCC, entretiens motivationnels et thérapies familiales) formalisées et validées au niveau scientifique.

Le groupe d'experts préconise de :

• Renforcer la discipline de l'addictologie et disciplines connexes en neurosciences, psychiatrie et psychologie (enseignement, recherche, postes…) ;

• Développer les postes d'enseignants titulaires en addictologie (PU-PH, MCU, MCU-PH, chefs de clinique…) ;

• Créer des modules spécifiques d'enseignement en addictologie (formation de base) dans les filières de santé : étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, psychologie, soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapeutes, psychomotriciens… ;

• Sensibiliser les professionnels hors filières de santé (travailleurs sociaux, magistrats, policiers, gendarmes) aux spécifités des conduites addictives des adolescents et au repérage précoce afin de faciliter l'orientation vers les filières *ad hoc* ;

• Créer des unités d'enseignement de prévention/santé publique pour les étudiants, ouvertes à toutes les filières ; mettre en place un module « santé publique » dans le cadre de la formation des enseignants.

Le groupe d'experts insiste sur la nécessité de développer la formation continue, en priorité celle destinée au personnel des centres en charge des adolescents présentant des conduites addictives (CJC, centres hospitaliers). Elle doit aussi s'adresser aux autres personnes susceptibles de recevoir ce public (infirmières scolaires, pédiatres…). Ces formations concernent des méthodes validées scientifiquement : repérage précoce et interventions brèves, entretiens motivationnels et approches psychothérapeutiques (TCC et approches familiales qui ont été adaptées au contexte de l'adolescent présentant des conduites addictives). Elles doivent permettre le repérage des troubles psychiatriques émergents, notamment les troubles psychotiques. Par ailleurs, toutes les formations en addictologie doivent intégrer un volet sur l'importance de l'intégration des parents dans la prise en charge et de l'apport d'un soutien à la parentalité.

Mieux encadrer la vente du tabac et de l'alcool aux adolescents

Contrairement à ce qui est observé dans certains pays comme l'Australie, le Canada ou les États-Unis où la prévalence de l'usage du tabac est en baisse, la situation semble se dégrader en France, malgré un arsenal réglementaire concernant les substances psychoactives déjà conséquent. Les dernières enquêtes montrent que les mineurs déclarent ne pas éprouver de difficultés majeures pour acheter tabac et alcool et la situation semble peu évoluer en dépit des différentes actions menées. Il convient que la loi française concernant les restrictions d'accès aux mineurs soit plus strictement appliquée. Il faut également que les amendes aux contrevenants soient appliquées, voire majorées, en les requalifiant dans une classe de contravention de plus grande gravité.

Compte tenu de ces constats, de la dangerosité de ces deux produits et de la prévalence de leurs usages, **le groupe d'experts préconise** que l'achat de tabac et d'alcool soit systématiquement assorti de la présentation d'un document officiel indiquant l'âge. L'objectif d'une telle mesure serait double : d'une part, renforcer l'application de la loi actuelle, et d'autre part, faire prendre conscience à l'ensemble de la population de la toxicité particulière de ces produits pour les adolescents. La présentation d'un justificatif, pour tout achat, conduirait tout adulte consommateur à partager la responsabilité d'une politique de santé publique dont un des objectifs prioritaires est de protéger la population adolescente en retardant l'âge d'initiation et de consommation.

Mieux faire respecter et élargir les lois règlementant la publicité

Dès 1993, l'*American Journal of Public Health* alertait sur le marketing très agressif déployé par les industriels du tabac et de l'alcool pour influencer les comportements des jeunes. La

publicité et le marketing des industriels du tabac et de l'alcool sont associés à l'initiation à ces produits et à la continuité de leur usage, avec un impact particulièrement important chez les jeunes. Quant aux messages véhiculés par la publicité sur les jeux de hasard et d'argent, ils renforcent chez les adolescents les distorsions cognitives concernant les possibilités de gain et favorisent une pratique précoce des jeux.

Face à ce constat, **le groupe d'experts recommande** de faire appliquer les lois visant à restreindre les actions publicitaires. Il est important de mettre en place des contrôles réguliers.

Le groupe d'experts recommande également de renforcer les dispositifs existants en matière de restriction publicitaire en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays et sur la littérature scientifique pour choisir les actions les plus efficaces :

- Pour le tabac, ne pas exposer les produits proposés à la vente, adopter le paquet de cigarettes neutre (exempt des logos et stimuli marketing et adopté par l'Australie et bientôt en Nouvelle-Zélande et en Irlande), agrandir la taille des messages sanitaires sur les paquets pour laisser moins de place au marketing des marques ;
- Pour l'alcool, interdire les supports publicitaires susceptibles d'entrer en contact avec des jeunes, voire des très jeunes (présence sur Internet, affichage dans l'espace public, en particulier à proximité des établissements scolaires où il faut établir des « zones protégées »), agrandir la taille des messages sanitaires pour laisser moins de place au marketing des marques sur les publicités et les emballages ;
- Concernant les relations publiques qui constituent une forme de marketing, interdire la présence des industriels de l'alcool et du tabac dans l'activité (financement, commission...) des structures publiques de prévention et de recherche afin de prévenir les conflits d'intérêt.

Assurer une meilleure visibilité du contenu des jeux vidéo

En France comme dans de nombreux pays, l'usage des jeux vidéo est très répandu chez les jeunes. Cet usage peut faire toutefois l'objet d'une perte de contrôle et d'un comportement problématique, en particulier à l'occasion de la pratique de jeux en réseau. Il en est de même pour l'usage d'Internet. Dans les deux cas, des effets néfastes sont associés à l'usage abusif.

S'agissant des jeux vidéo, **le groupe d'experts rappelle** la nécessité de la présence et du respect des logos définissant les classifications : âge, indications sur le contenu, informations en langue française, claires et les plus lisibles possibles sur les emballages. La Fédération européenne des logiciels de loisirs a mis en place le premier système paneuropéen de classification par catégorie d'âge et par contenu des jeux vidéo baptisé PEGI (*Pan European Games Information*). Ce dernier est conçu selon une signalétique destinée à informer les adultes sur les contenus des jeux et leurs caractères adaptés à l'âge de l'enfant (par exemple, des éléments pouvant heurter la sensibilité du joueur). Il existe également le système PEGI online. Toutefois, cette classification, relativement méconnue des parents, présente un certain nombre de limites, comme par exemple le fait que la restriction d'âge conseillée pour un jeu vidéo peut différer de celle appliquée au film duquel le jeu est adapté. Néanmoins, il paraît opportun d'utiliser cette classification comme base de discussion et d'information auprès de parents et du grand public. Il existe par ailleurs une liste de logiciels de contrôle parental qui serait à actualiser.

II. Éviter les usages réguliers et les dommages sanitaires et sociaux

Améliorer le repérage et les interventions précoces

Il est essentiel de repérer le plus tôt possible une conduite addictive qui s'installe afin de permettre à l'adolescent de retrouver un contrôle sur ses consommations ou sa pratique des jeux ou

d'Internet avant l'apparition des premiers dommages. Un repérage précoce doit être couplé aux interventions brèves (Repérage Précoce et Intervention Brève : RPIB), entretiens motivationnels, *counseling*, thérapies cognitives et comportementales en milieu spécialisé.

Le groupe d'experts recommande *a minima* de former au repérage précoce et à l'intervention brève (qui comprend aussi l'orientation vers une structure/un acteur de soin adapté), les médecins généralistes, les urgentistes, les pédiatres, les médecins scolaires, les infirmières scolaires, les services de médecine préventive dans les universités.

Pour ceux qui souhaitent s'impliquer davantage, il est recommandé de les former aux outils de prise en charge précoce (par exemple : DU, site Internet). En milieu hospitalier, il incombe aux équipes d'addictologie de liaison de former les équipes des urgences, de pédiatrie... au RPIB, d'évaluer les jeunes et de les orienter vers les structures *ad hoc* (CJC, Maison des adolescents, service d'addictologie).

Quel que soit le contexte (centres/médecins généralistes), dans l'état actuel des connaissances sur les outils disponibles, **le groupe d'experts préconise** l'utilisation des outils dont les qualités métrologiques et de repérage ont été évaluées pour les adolescents dans le contexte français, comme par exemple : DEP-ADO pour l'ensemble des substances ; CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) pour le cannabis[28] ; Rocado pour l'alcool ; Fagerström ou HSI (ciblés sur la dépendance à la nicotine) pour le tabac. À défaut d'outils validés dans le cadre français en population adolescente pour les jeux de hasard et d'argent, on pourra utiliser le Lie/Bet ou le DSM-IV-J. Même s'il n'y a pas de consensus international sur le concept d'addiction aux jeux vidéo et à Internet, le *Problematic Internet Use Questionnaire* (PIUQ) peut être utilisé pour Internet.

28. Voir notamment : OBRADOVIC I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. OFDT, Fédération addiction, Saint-Denis, 2013, 118 p.

Renforcer les actions de première ligne

Les « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC) privilégient une approche globale : prévention, éducation à la santé, réduction des dommages, soins, rappel à la loi. Elles proposent une stratégie globale d'intervention précoce explicitée dans le guide pratique paru en 2012. Des journées régionales d'accompagnement sont organisées dans de nombreuses régions et, pour poursuivre la dynamique initiée, le groupe projet national de la Fédération Addiction a élaboré en 2013, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Mildt, un document de communication à destination des partenaires de ces CJC.

Le groupe d'experts recommande de développer et renforcer le dispositif spécifique des CJC selon les modalités suivantes :

- Former le personnel des CJC aux méthodes de prises en charge précoces qui doivent comprendre :
  - ✓ Accueil de l'adolescent, bilan des addictions avec ou sans substances ;
  - ✓ Connaissances de l'impact de ces conduites sur le parcours de l'adolescent (notion de perte de chance pour l'avenir) ;
  - ✓ Pratique de l'approche motivationnelle et aide à l'autoévaluation, ce qui nécessite une formation adéquate ;
  - ✓ Accueil de la famille, écoute, compréhension sans jugement, aide et orientation. Tenir compte des dynamiques familiales dans les stratégies de prévention et de traitement des conduites addictives chez les jeunes ;
  - ✓ Sensibilisation au risque de troubles psychiques émergents associés, repérage des signes et connaissance des filières d'orientation ;
  - ✓ Mettre à profit les nouvelles technologies (logiciels, Internet, SMS) ayant montré des preuves d'efficacité pour une aide à l'arrêt ou à la diminution de la consommation et offrir une information permettant l'orientation vers des structures *ad hoc*. En effet, certains programmes d'aide au

sevrage via internet ont fait leurs preuves à l'étranger (tel que le programme allemand *Quit the shit*) ;

• Développer les partenariats avec les intervenants jeunesse (école, collège, lycée, université, foyer, structure ASE[29], PJJ[30]), incluant le recours à des formations, des mises en commun d'outils adaptés et validés... ; favoriser l'orientation des jeunes engagés dans tout usage à risque (substances psychoactives, jeux) vers les CJC, sachant que ces structures manquent encore de visibilité et sont plutôt identifiées « cannabis » par les jeunes. Les CJC doivent être des ressources pour les acteurs de terrain et pouvoir fournir des informations sur les outils de repérage précoce et les possibilités d'orientation.

Prendre en charge les adolescents présentant des conduites addictives dans les centres de deuxième ligne[31]

Chez le jeune adolescent, la conduite addictive peut s'avérer difficile à soigner en particulier si elle s'inscrit dans un contexte familial difficile et s'accompagne de troubles psychiatriques. Face à cette situation, il convient d'orienter la prise en charge vers des professionnels formés en addictologie.

Le groupe d'experts recommande une prise en charge spécifique des adolescents présentant des conduites addictives. Il faut pour cela :

• Développer les centres ressources capables de prendre en charge les adolescents présentant des conduites addictives (y compris les formes sévères) selon des pratiques ayant fait l'objet d'étude avec niveau 1 de preuve (essai clinique randomisé avec comparaison avec une autre méthode efficace). Ces centres de deuxième ligne doivent être des CJC avec personnel soignant (psychologue,

29. ASE : Aide sociale à l'enfance

30. PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

31. Consultations jeunes consommateurs avec personnel soignant (psychologue, psychiatre, médecin addictologue) adossées à un CSAPA, des consultations hospitalières, un service d'addictologie

psychiatre, médecin addictologue) et être adossées à un CSAPA[32], des consultations hospitalières ou un service d'addictologie ;

• Former les équipes de ces centres aux deux modalités de prise en charge ayant fait preuve de leur efficacité auprès des publics jeunes, c'est-à-dire :

✓ Les prises en charge de type thérapies comportementales et cognitives (TCC) centrées sur l'adolescent, avec intégration des parents dans le processus. Pour les adolescents, un travail motivationnel serait un préalable à toute inclusion en TCC ;

✓ Les prises en charge familiales inspirées des modèles systémiques mais adaptées aux spécificités de l'adolescent présentant des conduites addictives (centrage sur les conduites addictives considérées comme invalidantes, travail en sous-système parent, adolescent…). Plusieurs modèles ont fait l'objet de validation, dont un en France : la thérapie familiale multidimensionnelle ;

✓ Prendre en compte le fait que les thérapies familiales apparaissent plus efficaces pour le public plus jeune (moins de 16 ans), tandis que pour le public plus âgé (plus de 16 ans), ce sont plutôt les TCC.

Le groupe d'experts insiste sur la nécessité d'une prise en compte des comorbidités psychiatriques :

• Préconisation des tests de repérage et articulation avec des structures spécialisées dans l'évaluation des troubles psychiatriques émergents de l'adolescent et du jeune adulte, pour faciliter l'accès au système de soin des jeunes présentant des troubles psychiatriques associés ;

• Développer les collaborations entre les services d'addictologie et les services de psychiatrie pour une meilleure orientation ;

• En cas de suspicion de pathologie psychiatrique émergente, les patients doivent pouvoir être orientés vers des centres spécialisés dans l'évaluation et l'intervention précoce chez l'adolescent et le

32. Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

jeune adulte, permettant une stratégie thérapeutique adaptée au stade évolutif d'une éventuelle pathologie psychiatrique émergente et articulée avec la prise en charge des consommations.

Prendre en charge les adolescents en milieu résidentiel en cas d'échec des soins en ambulatoire

Un séjour en milieu résidentiel (hospitalisation de courte durée, centres thérapeutiques résidentiels médico-sociaux et hospitalisation moyen-long séjour) peut être proposé dans le cadre d'un parcours de soins, en cas d'échec des soins en ambulatoire conduits de manière adaptée. Il s'avère opérant en cas de nécessité d'éloigner momentanément un adolescent en souffrance psychique, en voie d'exclusion scolaire, familiale et sociale de son environnement et de lui proposer un cadre thérapeutique et d'apprentissage bienveillant et contenant. Cette solution thérapeutique peut lui donner une nouvelle chance.

Le groupe d'experts recommande de respecter les indications suivantes :

- Addiction sévère (dépendance, polyaddictions) résistant aux traitements ambulatoires ;
- Retentissement important avec une désinsertion scolaire ou professionnelle et/ou une rupture en cours ou consommée avec la famille et le milieu environnant ;
- Existence de comorbidités psychiatriques (trouble de la personnalité et/ou troubles psychiatriques avérés mais stabilisés). En cas de situation de crise ou de décompensation psychiatrique, une orientation vers le milieu psychiatrique est conseillée.

Chez l'adolescent, les cures de désintoxications isolées, en hospitalisation courte, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Les demandes de cure de sevrage en urgence correspondent en fait à des situations de crise familiale et de décompensations psychiatriques qui requièrent une admission en centre de crise pour adolescent.

Pour une prise en charge efficace sur le long terme, **le groupe d'experts recommande** de développer les centres de traitement résidentiel devant correspondre à un cahier des charges précis :

- Accueil spécifique des adolescents et de leur famille ;
- Prise en charge sur le site selon des modalités thérapeutiques définies précédemment (modèle familial et/ou thérapie comportementale) ;
- Travail en milieu résidentiel sur un projet de réinsertion scolaire ou professionnel, et poursuivi après la sortie ;
- Renforcer les centres de crise pour les adolescents adaptés aux comorbidités psychiatriques.

Renforcer les liens entre les dispositifs d'addictologie médico/sociaux et sanitaires et les services de pédopsychiatrie/psychiatrie adulte

Compte tenu de l'importance de la comorbidité, les liens doivent être renforcés entre dispositifs d'addictologie et les services de psychiatrie, notamment ceux spécialisés dans l'évaluation et l'intervention précoce chez le jeune adulte ainsi qu'avec les maisons des adolescents.

Le groupe d'experts recommande de :

- Développer des centres de recherche référents dont la mission est l'expérimentation d'outils d'évaluation et de repérage de pathologies psychiatriques parmi les jeunes consommateurs, notamment de cannabis. Ces centres devraient permettre d'identifier précocement les sujets à risque de complication(s) psychiatrique(s) ou présentant une pathologie émergente et de favoriser une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaires ;
- Développer les collaborations entre services de pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie adulte (à partir de 17 ans) et services d'addictologie et renforcer les consultations jeunes consommateurs de deuxième ligne afin qu'elles puissent repérer les

pathologies psychiatriques émergentes et les adresser en milieu spécialisé ;

• Il n'existe pas de traitement médicamenteux indiqué dans la prise en charge des addictions dans la population spécifique des adolescents, ce qui confère un intérêt particulier aux entretiens motivationnels, par des acteurs formés à cette pratique, pour tous les types d'addiction.

Améliorer les liens avec la justice

Un adolescent est très rarement demandeur d'aide, et les soins sous contraintes externes (parents ou justice) sont la règle et non l'exception. Les études ont montré qu'en général, ces contraintes chez les mineurs ne constituent pas un obstacle à la prise en charge. Pour une meilleure efficacité, **le groupe d'experts recommande** de :

• Améliorer la coopération entre les professionnels de l'éducation et de la santé avec ceux de la justice (lien avec les juges pour enfants et la protection judiciaire de la jeunesse) pour optimiser l'orientation et la prise en charge ;

• Faire mieux connaître le dispositif de soins aux services judiciaires ;

• Sensibiliser au moyen de formations et de consultations avancées le personnel des services de la protection judiciaire et de la jeunesse ;

• Veiller à l'homogénéisation des mesures concernant la détention et l'usage de cannabis sur l'ensemble du territoire, et favoriser les alternatives aux poursuites pénales ;

• Compte tenu des spécificités de la population concernée (mineure), aménager les réponses pénales en favorisant l'orientation vers le dispositif des Consultations jeunes consommateurs.

III. Nécessité d'assurer une coordination nationale et régionale

Pour développer la prévention et améliorer la prise en charge, il est capital de se doter d'une stratégie sur le long-terme s'appuyant sur une coordination nationale et régionale pérenne et mobilisant des partenaires multiples et complémentaires (agences régionales de santé, éducation nationale, justice…). Une telle politique coordonnée et cohérente implique des moyens nécessaires à son application.

Le groupe d'experts souligne la nécessité de soutenir et développer au niveau local des structures publiques transversales d'animation dédiées aux addictions (en appui ou en lien avec le dispositif de la Mildt) afin d'assurer une coordination régionale des acteurs territoriaux en mesure de :

• Recenser, évaluer et coordonner les actions de prévention et d'information menées à l'échelle régionale ; en France, de nombreuses initiatives de prévention sont mises en œuvre, mais elles ne sont pas toujours formalisées et diffusées. Il n'existe pas de système centralisé permettant leur recensement. Par ailleurs, elles sont rarement évaluées et ne font pas l'objet de publication.

Ce recensement et cette évaluation permettraient une diffusion des stratégies de prévention validées et la proposition de recommandations d'interventions aux établissements scolaires et collectivités territoriales. Ce partage des connaissances devrait faciliter la mise en place de programmes de prévention validés et apporter une aide à la labellisation des programmes. Se pose également le problème de la diversité des outils d'intervention, aussi faut-il recommander les outils validés en population adolescente :

• Diffuser les actions de prévention et d'information validées et reconnues efficaces ;

• Développer les synergies territoriales en accompagnant les acteurs locaux (institutionnels et privés) dans la mise en œuvre de programmes de prévention validés ; favoriser et organiser les partenariats chercheurs/acteurs de prévention afin de promouvoir l'évaluation des actions de prévention ;

- Développer une expertise locale avec la formation des acteurs ;
- Étudier la faisabilité dans le contexte français des programmes reconnus efficaces dans d'autres pays et adapter les actions en milieu scolaire ou hors milieu scolaire selon les âges et les compétences psychosociales et privilégier en particulier les approches multidimensionnelles visant à impliquer l'ensemble des acteurs concernés.

Le groupe d'experts propose la mise en place d'une commission d'évaluation des programmes de prévention. Tous les programmes de prévention recommandés doivent avoir fait l'objet d'une évaluation préalable.

Recommandations de recherche

Il existe en France plusieurs enquêtes transversales régulières sur les consommations de substances psychoactives chez les adolescents (Espad, Escapad et HBSC) qui sont particulièrement importantes et utiles pour renseigner sur les grandes tendances en matière d'usages et leurs évolutions. En revanche, il existe peu d'études longitudinales d'adolescents permettant de suivre les trajectoires de consommations et les trajectoires de vie bien que les niveaux de consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes soient parmi les plus élevés en Europe.

Concernant l'addiction chez les jeunes, si les données quantitatives sont nombreuses et de qualité, les données reposant sur une approche de type sociologique ou anthropologique, voire sur des monographies, sont encore très lacunaires. Ces démarches, qui nécessitent souvent de longues études sur le terrain, sont à encourager par des financements pluriannuels. La thématique des addictions recouvrant différentes disciplines, il conviendrait de favoriser les projets multidisciplinaires en santé et en sciences humaines et sociales, et les projets translationnels (cliniques et précliniques). De même, il est préconisé de poursuivre une politique de recherche à long terme, en pérennisant les axes de recherche. Les recherches dans ce domaine nécessitent au

préalable de valider des outils de dépistage et de diagnostic consensuels, qui permettront de comparer les données en France à celles des études internationales. Concernant l'addiction aux jeux vidéo et à Internet, cela peut être rendu difficile du fait de l'absence de critères diagnostiques valides.

Il apparaît également nécessaire de soutenir les programmes d'évaluation des actions.

Le financement de la recherche dans le domaine des addictions paraît insuffisant comparativement à d'autres pays (comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, les États-Unis…) et au regard des besoins. Les recommandations de recherche nécessitent un financement public fort via l'attribution par l'État d'une part fixe et non négligeable des taxes (alcool, tabac, jeux de hasard et d'argent) et « fonds de concours drogue » ; la gestion des financements et la sélection des projets pourraient s'appuyer sur les structures existantes ou la création d'une fondation indépendante.

I. Mieux connaître les usages, les facteurs de risque et les effets sanitaires et sociaux

Mieux recueillir et valoriser les données de consommations et de pratiques

Les données concernant les usages, les usages problématiques et les pratiques de consommation sont issues de sources multiples qui répondent à des objectifs différents. Le croisement et l'analyse de ces différentes données constituent un travail de recherche à part entière.

Le groupe d'experts recommande la pérennisation et la valorisation des enquêtes existantes :

• Il s'agit d'améliorer l'articulation entre la recherche académique et les agences productrices de données afin d'optimiser d'une part les outils de recueil des données et, d'autre part,

l'exploitation des données des enquêtes représentatives par des analyses complémentaires. Cette articulation entre producteurs d'enquêtes et chercheurs devrait reposer sur des partenariats durables et intégrer un axe recherche dans les objectifs des agences ;

• Les données des enquêtes épidémiologiques transversales pourraient être enrichies ou croisées avec les données provenant d'autres sources comme le réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) ou le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et des rectorats d'académie (nombre d'alcoolisations dans les établissements scolaires, chiffres des mineurs admis aux urgences pour intoxication éthylique…).

Améliorer la compréhension des trajectoires de consommation et de pratique en interaction avec les facteurs de risques et de résilience

Les consommations individuelles entre le début de l'adolescence et l'âge adulte évoluent très fortement, délimitant des groupes de sujets à risque de poursuite et d'usage problématique nécessitant des efforts particuliers en matière de prévention.

Il existe peu de documentation sur les trajectoires de consommation et la sociologie des usages en France : actuellement, seuls quelques indicateurs rétrospectifs sont disponibles dans les travaux de type quantitatif, et les études qualitatives sont très rares et plutôt anciennes.

Le groupe d'experts recommande d'intégrer davantage de données rétrospectives datées (âge de début des consommations régulières, âge de début des consommations quotidiennes, âge de réduction ou d'arrêt de la consommation) dans les enquêtes transversales (comme c'est déjà en partie le cas dans le Baromètre santé 2010 de l'Inpes qui interroge essentiellement les adultes) afin de permettre, dans la mesure du possible, des analyses descriptives et explicatives plus fines. La collecte de données rétrospectives devrait également concerner les représentations, les

amis et les évènements familiaux (parmi lesquels les antécédents de consommation des parents) et les indices d'une trajectoire biographique fragilisée (redoublement, retard, difficultés scolaires, contact avec un psychologue…).

En France, il existe peu d'études longitudinales d'envergure et contemporaines dans les populations adolescentes permettant de suivre les trajectoires de consommations et les trajectoires de vie. Les cohortes existantes sont de trop petite taille (par exemple : cohorte d'adolescents Imagen), incluent des jeunes désormais adultes (par exemple : cohorte Tempo de jeunes en population générale suivis depuis l'enfance mais âgés de 30 ans en moyenne en 2011, cohorte d'étudiants I-Share), ou des enfants trop jeunes pour être concernés par les usages de produits (cohorte mère-enfant Eden débutée en 2003-2005, cohorte de naissance Elfe débutée en 2011).

Le groupe d'experts recommande la mise en place d'une cohorte qui permettrait d'étudier les trajectoires de consommation et de pratique, les facteurs de risque et de protection, ainsi que les dommages sanitaires et sociaux à la fois chez les adolescents et les jeunes adultes, dans le contexte français. Il s'agit de :

- Mieux comprendre les interactions entre facteurs individuels (genre, niveau d'études…), familiaux, relationnels (pairs…), socioéconomiques et contextuels vis-à-vis des consommations et des pratiques ; il apparaît important d'étudier non seulement les facteurs associés à la persistance des conduites addictives mais également ceux associés à la diminution ou à l'arrêt de la consommation ;
- Identifier les facteurs de risque et de résilience des conduites addictives en cas d'antécédents familiaux d'addiction ou de troubles psychiatriques ;

Par ailleurs, il conviendrait de :

- Développer la recherche observationnelle en population générale adolescente sur la pratique des jeux vidéo et d'Internet ;
- Étudier l'influence des technologies de l'information et de la communication sur la pratique des jeux de hasard et d'argent, des

jeux vidéo et Internet en France ; des travaux étrangers, anglais notamment, ont indiqué que l'utilisation d'Internet et de smartphone était un facteur de risque de jeu et de pratique problématique des jeux de hasard et d'argent ;

• Développer la recherche sur l'ampleur de l'usage de la cigarette électronique chez les jeunes, sur les circonstances et les motivations de l'entrée dans cet usage ainsi que sur un éventuel effet « porte d'entrée » vers la consommation de cigarette classique.

Améliorer la compréhension des motivations et des représentations

Le rôle des motivations et des représentations par rapport aux trajectoires d'usage et de pratique est mal connu, reflétant la faible mobilisation des acteurs de la recherche sur ce thème. Or, les conduites addictives sont aussi des pratiques sociales ; elles font sens pour les consommateurs, satisfont des besoins, et les représentations comme les attentes à l'égard d'une pratique sont en général socialement construites, en particulier au sein de la famille ou du groupe des pairs. Une meilleure compréhension des représentations et motivations des consommations de substances psychoactives et de pratique des jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo/Internet chez les adolescents permettrait une prévention plus adaptée et donc plus efficace.

Le groupe d'experts recommande de développer la recherche en sciences humaines et sociales sur la compréhension des usages chez les jeunes et de réfléchir aux conditions d'opérationnalisation de cette recherche pour aboutir à des interventions concrètes. Il s'agit de :

• Développer l'effort de compréhension des usages, des représentations et des motivations des jeunes à l'égard des produits et des pratiques de jeux en mobilisant différentes méthodologies de recueil de données classiques et innovantes, en particulier qualitatives ;

• Intégrer des modules d'analyse spécifiques des motivations et des représentations dans les dispositifs de recueil de données existants ;

• Développer des recherches sur les non-consommateurs afin d'identifier les facteurs de non-consommation et les ressources que ces individus mobilisent au sein du groupe social.

Mieux évaluer l'impact du marketing sur les attitudes, les représentations et les comportements

Des chercheurs aux États-Unis, en Australie et en Grande-Bretagne ont conduit des études afin d'observer les pratiques marketing des industriels du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent, d'analyser l'impact de ces pratiques sur les attitudes et comportements des individus puis de tester l'impact des mesures proposées par les acteurs de la santé publique pour s'opposer au marketing de l'alcool et du tabac[33]. La France reste peu présente dans les travaux académiques développés sur ce thème. Pourtant, de telles recherches permettraient d'améliorer l'impact et la portée des politiques préventives mises en place pour changer les comportements dans un contexte culturel français différent du contexte anglo-saxon. À titre d'exemple, des recherches mériteraient d'être menées pour cerner l'effet sur les jeunes :

• Des stratégies déployées par les industriels du tabac, de l'alcool, des jeux de hasard et d'argent sur Internet, les réseaux sociaux, les applications... ;

• Des innovations déployées par les industriels : e-cigarette, produits aromatisés... ;

---

33. Richard Pollay (*Professor of Marketing*), Stanton A. Glantz (*Professor, Department of Medicine; and Director, Center for Tobacco Control*), Melanie Wakefield (*Professor & Director of the* Centre for Behavioural Research in Cancer *at the Cancer Council Victoria*), Gerard Hastings (*Professor & Director of the Cancer Research UK Centre for Tobacco Control Research)*, David Hammond (*Associate Professor in the School of Public Health & Health Systems at the University of Waterloo*), John P. Pierce (*Professor, Family & Preventive Medicine*)...

• Des dispositifs proposés par les acteurs de la santé pour contrer et réduire l'impact du marketing des industriels (pictogrammes sur les bouteilles d'alcool, messages sanitaires sur les paquets de cigarettes et les publicités pour l'alcool...).

Le groupe d'experts recommande de développer des recherches sur l'impact en France des politiques de mécénat et de lobbying développées par l'industrie du tabac et de l'alcool sur les aspects législatifs et l'application des lois.

Mieux connaître les dommages sanitaires

L'exposition aux substances psychoactives et une pratique problématique des jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo/Internet peuvent entraîner des dommages sanitaires plus ou moins sévères, à court et long terme. L'adolescence est une période de vulnérabilité particulière pour les conséquences en termes cognitifs qui sont corrélées à la quantité de substance consommée, la fréquence, la durée d'exposition et également à l'âge des premières consommations. La précocité d'usage de tous les produits est associée à une augmentation du pouvoir addictogène et à un risque accru de troubles cognitifs et psychiatriques. Par exemple, la consommation de cannabis peut engendrer des effets néfastes sur la santé dont l'apparition peut être immédiate, différée ou largement retardée par rapport à la consommation du produit voire au sevrage. La consommation de substances psychoactives telles que l'alcool et le cannabis impacte le cerveau et sa maturation. Compte tenu de l'importance de ces phénomènes, trop peu d'études sont menées en France comme en Europe.

Aussi, **le groupe d'experts recommande** de recueillir des données sur les conséquences sanitaires à court et à long terme en relation avec la précocité des consommations et les pratiques problématiques/pathologiques des jeux de hasard et d'argent, des jeux vidéo et d'Internet par des enquêtes d'observations y compris en intégrant des techniques d'imagerie cérébrale pour les substances psychoactives.

Il recommande de développer les recherches fondamentales en neurosciences et les recherches cliniques afin de mieux comprendre l'impact délétère des consommations au cours de l'adolescence sur l'activité fonctionnelle cérébrale et la cognition à court et à long terme. Ces études devraient cibler en particulier : les effets sanitaires de la consommation d'alcool, tant modérée que massive, chez les adolescents et selon le genre (les atteintes cognitives étant plus importantes chez les filles) ; l'impact du cannabis sur le système cardiovasculaire, en particulier sur le risque d'accident vasculaire cérébral ; l'impact pulmonaire des produits de combustion liés aux pipes à eau artisanales en plastique utilisées par certains pré-adolescents pour fumer du cannabis ; la toxicité des cannabinoïdes synthétiques, type *spice*… ; l'impact cognitif chez les adolescents consommateurs ou dépendants au cannabis et l'influence des dépendances associées (polyconsommations).

Le groupe d'experts recommande d'encourager les études sur l'influence des consommations sur l'émergence de troubles psychiatriques, en particulier la schizophrénie dont les symptômes apparaissent pendant l'adolescence, ou l'aggravation de troubles neurodéveloppementaux pré-existants. **Il préconise** également d'étudier l'impact des troubles psychopathologiques sur le développement des addictions et leurs conséquences, afin de mieux comprendre les liens de causalité.

Le groupe d'experts recommande la mise en place d'une étude prospective multimodale en population clinique chez l'adolescent visant l'évaluation des facteurs de risque individuels d'addiction avec ou sans substance, et les dommages sanitaires, notamment les comorbidités psychiatriques. Elle doit intégrer des approches couplant génétique, biologie, psychopathologie, imagerie, exploration cognitive avec l'analyse des déterminants sociaux. Cette étude devrait cibler en particulier :

- L'influence des pathologies psychiatriques familiales associées et de facteurs de personnalité, l'impulsivité dans la dépendance aux substances notamment au cannabis ;
- Les profils cognitifs par des évaluations en neuropsychologie et en imagerie fonctionnelle ;

• L'influence de ces facteurs sur l'évolution des consommations et des éventuelles comorbidités psychiatriques ou psychiques associées ;

• L'influence de la consommation de substances psychoactives sur le risque suicidaire.

Le groupe d'experts recommande d'encourager les recherches chez l'animal sur la thématique des alcoolisations ponctuelles importantes mais également sur les mécanismes spécifiques impliqués dans l'usage du cannabis à l'adolescence, notamment dans ses effets à long terme et avec pour objectifs d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques préventives de l'addiction et de l'émergence de troubles psychotiques et/ou de schizophrénie.

Mieux connaître les conséquences sur la scolarité et les autres dommages sociaux

Si de nombreux facteurs sociaux constituent des facteurs de risque d'entrée dans des consommations régulières, voire abusives, des usages problématiques de substances psychoactives ou des pratiques incontrôlées des jeux peuvent à leur tour entraîner de graves dommages sociaux, avec des répercussions néfastes sur le parcours scolaire, l'activité professionnelle, la vie familiale…

Le groupe d'experts recommande d'étudier les conséquences sociales à court et long terme des consommations de substances psychoactives et des pratiques problématiques/pathologiques des jeux de hasard et d'argent, des jeux vidéo et d'Internet sur le fonctionnement global de l'individu : parcours scolaire (« perte de chance »), devenir professionnel, insertion sociale, délinquance, qualité de vie, activités de loisirs, relations interpersonnelles (violence, vie affective…), accidentologie…

II. Développer, évaluer et valider les outils de dépistage et les stratégies de prise en charge

Les prises en charge des jeunes présentant des conduites addictives nécessitent au préalable une bonne évaluation du contexte et des possibilités de traitement. En ambulatoire comme en résidentiel, l'entretien motivationnel et les thérapies cognitivo-comportementales (souvent en association) se révèlent souvent, selon les travaux analysés, efficaces chez les adolescents. De plus, une approche multisystémique incluant la famille garantit généralement une plus grande efficacité. L'adaptation et l'évaluation des dispositifs tant de dépistage des problèmes d'addiction que de prise en charge doivent pouvoir s'appuyer sur des recherches fondamentales sur les comportements chez les adolescents et sur l'efficacité de différentes approches en relation avec les caractéristiques individuelles.

Concernant les dispositifs de dépistage et de diagnostic, **le groupe d'experts recommande** de :

- Mener des recherches sur les qualités métrologiques des outils de dépistage et de diagnostic, y compris des outils de dépistage de risque de complications psychiatriques (sujets sensibles aux effets psychotomimétiques du cannabis, notamment) ; valider l'adaptation de ces outils en langue française au contexte culturel français et en population adolescente, en population générale comme en consultation ;
- Développer des outils d'évaluation des troubles cognitifs adaptés à l'adolescent/jeune adulte dépendant à l'alcool ou au cannabis et utilisables en pratique clinique quotidienne.

Concernant l'évaluation de la prise en charge, **le groupe d'experts recommande** de :

- Étudier l'efficacité des interventions de prise en charge des conduites addictives, notamment pour la prise en charge des nouveaux comportements ou modes de consommation tels que l'alcoolisation ponctuelle importante ; étudier le choix du ou des critères principaux d'efficacité pour ces évaluations ;
- Poursuivre l'évaluation des dispositifs tels que les CJC afin de ne retenir que les meilleures actions thérapeutiques ; mesurer

l'impact de la formation des intervenants sur les résultats de la thérapie.

Concernant les modalités de prise en charge, **le groupe d'experts recommande** également de :

• Développer de nouvelles stratégies d'aide au sevrage et d'entretiens motivationnels faisant appel aux nouvelles technologies et évaluer leur efficacité. Ces stratégies pourraient comprendre l'évaluation systématique des croyances anticipatoires liées aux attentes positives de la consommation du produit, des croyances liées au soulagement par la consommation et les croyances permissives donnant l'autorisation de consommer ;

• Développer et évaluer l'intérêt des techniques de remédiation cognitive chez les sujets jeunes dépendants au cannabis et à l'alcool ;

• Évaluer l'efficacité de la prise en charge combinée des conduites addictives et des troubles psychiatriques comorbides, en particulier des troubles phobiques sociaux, des troubles psychotiques et bipolaires émergents ;

• Évaluer l'intérêt et l'efficacité des psychothérapies, notamment cognitivo-comportementales, focalisées simultanément sur les conduites addictives et les troubles du comportement.

III. Développer la recherche sur les interventions de prévention

Pour mieux prévenir les pratiques addictives des jeunes, il ne suffit pas de mener des recherches prenant ces pratiques pour objet, mais également de conduire des recherches sur les moyens de prévenir ces conduites.

Le groupe d'experts recommande de :

• Développer la recherche sur l'adaptabilité au contexte français des actions implantées et évaluées dans d'autres contextes nationaux ainsi que de leur implémentation ; il s'agit de mieux définir les conditions de mise en place et de déploiement des

interventions jugées efficaces dans un environnement politique, institutionnel et géographique donné ;

• Développer la recherche sur l'adaptation des technologies numériques aux techniques d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation (par exemple les approches motivationnelles et comportementales et cognitives) ;

• Développer les coopérations entre équipes de prévention et de prise en charge et équipes de recherche ;

• Développer la recherche sur l'efficacité des messages de prévention tels qu'ils sont diffusés dans les campagnes média ;

• Développer la recherche translationnelle[34], notamment celle adossée aux modèles théoriques de prédiction et de changement des comportements dans le champ de la prévention des addictions.

Le groupe d'experts recommande également de mener des recherches réflexives sur :

• La prévention elle-même : concernant par exemple ses cibles (à quels jeunes s'adressent les campagnes de prévention), ses catégories d'analyse et d'action (par exemple la notion d'addiction, qui recouvre aujourd'hui un éventail de pratiques très hétérogènes) ;

• Les acteurs de la prévention (médecins généralistes, éducateurs, intervenants en milieu scolaire, policiers...) : ces différents acteurs ne sont pas une simple courroie de transmission, ils ont des formations, des objectifs, des croyances, des principes, qui leur sont propres et qui influencent dans une large mesure leurs activités ;

• La réception de la prévention par le public. Comment les jeunes perçoivent-ils la prévention, ses messages, ses mesures et ses intervenants ? Parmi ces derniers, lesquels sont considérés comme compétents, comme dignes de confiance ?

34. Le concept de recherche translationnelle (ou recherche de transfert) repose sur l'idée que les promesses de la recherche fondamentale se traduisent rapidement par une amélioration de la santé des individus et des populations ainsi qu'une meilleure prise en charge des patients.

Annexe 1

Expertise collective Inserm : principes et méthode

L'Expertise collective Inserm[35] a pour mission d'établir un bilan des connaissances scientifiques sur un sujet donné dans le domaine de la santé à partir de l'analyse critique de la littérature scientifique internationale. Elle est réalisée à la demande d'institutions (ministères, organismes d'assurance maladie, agences sanitaires…) souhaitant disposer des données récentes issues de la recherche utiles à leurs processus décisionnels en matière de politique publique.

L'expertise collective est une mission de l'Inserm depuis 1994. Plus de soixante dix expertises collectives ont été réalisées dans de nombreux domaines de la santé. L'Inserm est garant des conditions dans lesquelles l'expertise est réalisée (pertinence des sources documentaires, qualification et indépendance des experts, transparence du processus) en accord avec sa Charte de l'expertise qui en définit la déontologie[36].

Le Pôle Expertise Collective Inserm rattaché à l'Institut thématique multi-organismes Santé publique d'Aviesan[37] assure la coordination scientifique et technique des expertises selon une procédure établie comprenant six étapes principales.

Instruction de la demande du commanditaire

La phase d'instruction permet de préciser la demande avec le commanditaire, de vérifier qu'il existe une littérature scientifique accessible sur la question posée et d'établir un cahier des charges qui définit le cadrage de l'expertise (périmètre et principales

35. Label déposé par l'Inserm

36. Charte de l'expertise Inserm accessible sur : http://extranet.inserm.fr/integrite-scientifique

37. Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé

thématiques du sujet), sa durée et son budget à travers une convention signée entre le commanditaire et l'Inserm. La demande du commanditaire est traduite en questions scientifiques qui seront discutées et traitées par les experts.

Constitution d'un fonds documentaire

À partir de l'interrogation des bases de données bibliographiques internationales et du repérage de la littérature grise (rapports institutionnels…), des articles et documents sont sélectionnés en fonction de leur pertinence pour répondre aux questions scientifiques du cahier des charges, puis sont remis aux experts. Ce fonds documentaire est actualisé durant l'expertise et complété par les experts selon leur champ de compétences.

Constitution du groupe multidisciplinaire d'experts

Pour chaque expertise, un groupe d'experts de 10 à 15 personnes est constitué. Sa composition tient compte d'une part des domaines scientifiques requis pour analyser la bibliographie et répondre aux questions posées, et d'autre part de la complémentarité des approches et des disciplines.

Les experts sont choisis dans l'ensemble de la communauté scientifique française et parfois internationale. Ce choix se fonde sur leurs compétences scientifiques attestées par leurs publications dans des revues à comité de lecture et la reconnaissance par leurs pairs. Les experts doivent être indépendants du partenaire commanditaire de l'expertise et de groupes de pression reconnus. Chaque expert doit compléter et signer avant le début de l'expertise une déclaration de lien d'intérêt conservée à l'Inserm.

La composition du groupe d'experts est validée par la Direction de l'Institut de santé publique d'Aviesan.

Le travail des experts dure de 12 à 18 mois selon le volume de littérature à analyser et la complexité du sujet.

Analyse critique de la littérature par les experts

Au cours des réunions d'expertise, chaque expert est amené à présenter son analyse critique de la littérature qui est mise en débat dans le groupe. Cette analyse donne lieu à la rédaction des différents chapitres du rapport d'expertise dont l'articulation et la cohérence d'ensemble font l'objet d'une réflexion collective.

Des personnes extérieures au groupe d'experts peuvent être auditionnées pour apporter une approche ou un point de vue complémentaire. Selon la thématique, des rencontres avec les associations de la société civile peuvent être également organisées par le Pôle Expertise Collective afin de prendre connaissance des questions qui les préoccupent et des sources de données dont elles disposent.

Synthèse et recommandations

Une synthèse reprend les points essentiels de l'analyse de la littérature et en dégage les principaux constats et lignes de force.

La plupart des expertises collectives s'accompagnent de recommandations d'action ou de recherche destinées aux décideurs. Les recommandations, formulées par le groupe d'experts, s'appuient sur un argumentaire scientifique issu de l'analyse. L'évaluation de leur faisabilité et de leur acceptabilité sociale n'est généralement pas réalisée dans le cadre de la procédure d'expertise collective. Cette évaluation peut faire l'objet d'un autre type d'expertise.

Publication de l'expertise collective

Après remise au commanditaire, le rapport d'expertise constitué de l'analyse, de la synthèse et des recommandations, est publié par l'Inserm.

En accord avec le commanditaire, plusieurs actions de communication peuvent être organisées : communiqué de presse,

conférence de presse, colloque ouvert à différents acteurs concernés par le thème de l'expertise (associations de patients, professionnels, chercheurs, institutions…).

Les rapports d'expertise sont disponibles en librairie et sont accessibles sur le site Internet de l'Inserm[38]. Par ailleurs, la collection complète est disponible sur iPubli[39], le site d'accès libre aux collections documentaires de l'Inserm.

38. http://www.inserm.fr/index.php/thematiques/sante-publique/expertises-collectives
39. http://www.ipubli.inserm.fr

Annexe 2

Définition de la dépendance d'après le DSM-IV et la CIM-10

Définition de la dépendance d'après le DSM-IV[40]

DSM-IV : Au moins trois des manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois
1) Tolérance, définie par l'un des symptômes : a. Besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
2) Manifestations de sevrage : a ou b : a. Développement d'un syndrome spécifique dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée ou massive de la substance qui cause une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel (ou autre) b. Consommation pour diminuer les symptômes de sevrage
3) La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4) Désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5) Beaucoup de temps passé pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
6) Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7) Utilisation de la substance poursuivie malgré des problèmes psychologiques ou physiques persistants susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance

40. APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 1994

Définition de la dépendance d'après la CIM-10[41]

CIM-10 : Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée. Présence d'au moins trois des manifestations suivantes en même temps au cours de la dernière année
1) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
2) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance
3) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
4) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
5) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets
6) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

41. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10). Geneva, WHO, 1992

POUR COMMANDER L'OUVRAGE D'EXPERTISE COLLECTIVE

Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement

Éditions Inserm, avril 2014, 500 pages, 40 €
Collection Expertise collective
ISBN 978-2-85598-912-4

- Librairies

- Lavoisier

  www.lavoisier.fr

Pour tout renseignement

Inserm

Département de l'information scientifique et de la communication
101, rue de Tolbiac
75654 Paris Cedex 13
Tél. : 01 44 23 60 78
Fax : 01 44 23 60 69
maryse.cournut@inserm.fr

Imprimé par JOUVE, 1, rue du Docteur Sauvé, 53100 MAYENNE
N° 2154952V — Dépôt légal : Avril 2014

Expertise collective

Principaux constats
et recommandations



Inserm

ISBN 978-2-85598-913-2

www.inserm.fr