

## Les plus jeunes adolescents face aux drogues

### Repérage des usages problématiques et éléments de réponse institutionnelle en France

François Beck, Stéphane Legleye, Ivana Obradovic, Carine Mutatayi, Baptiste Cohen, Laurent Karila

► Si les usages de drogues avant l'âge de 14 ans s'avèrent relativement rares, ils révèlent très souvent des situations de vulnérabilité qui nécessitent une prise en charge rapide et donc l'existence d'une réponse publique efficace. D'importants efforts ont été déployés ces dernières années pour prévenir l'usage de drogues des jeunes, comme en témoignent les campagnes d'information et de prévention à destination du grand public ou la mise en place des « consultations cannabis ». L'articulation des aspects répressifs et sanitaires de la réponse publique, pierre angulaire du système actuel de prise en charge, interroge les rôles et les positionnements respectifs des personnels soignants et des institutions répressives. Il s'agit ici de rendre compte de l'évolution et de la mise en œuvre des dispositifs publics visant à repérer et « prendre en charge » les usages de drogues parmi les populations les plus jeunes, ainsi que de souligner les avantages d'un repérage et d'une intervention précoces. ◀

Cesames, Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CNRS UMR 8136 Inserm U611, Université René Descartes Paris V), 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris Cedex 06, France.  
[francois.beck@paris5.sorbonne.fr](mailto:francois.beck@paris5.sorbonne.fr)



« usage problématique »<sup>1</sup> de drogues et une offre de prise en charge diversifiée et adaptée à l'âge des sujets. Ce système juxtapose des actions relevant à la fois de la médecine, de la psychologie, de l'action éducative et de l'application de la loi. Le présent article brosse un panorama du système de prévention, de soins et de sanctions à destination des jeunes usagers de drogues et tente d'analyser les enjeux relatifs à sa mise en œuvre dans les conditions prévues par la loi. Il fait pendant à l'article publié dans un précédent numéro de la revue qui détaillait les connaissances relatives aux consommations de drogues des primo-adolescents recueillies dans les dernières enquêtes déclaratives menées en France [1]. Non sans avoir resitué ces usages dans un cadre européen, il rappelle d'emblée les aspects réglementaires encadrant l'usage de drogues en France, en évoquant les dispositions législatives spécifiques applicables aux jeunes consommateurs, et présente quelques données relatives aux jeunes interpellés dans le système judiciaire. Un tableau synthétique des actions de prévention de l'usage de drogues et de soins à destination des plus jeunes est ensuite

Les enquêtes en population générale menées en France permettent d'explorer les consommations de drogues des plus jeunes et d'observer leurs particularités en regard des pratiques observées à la fin de l'adolescence. Elles peuvent être très utilement complétées par d'autres sources permettant de confronter les comportements d'usage aux réponses institutionnelles qui leur sont apportées. Cette réponse publique se décline, de la façon la plus visible, sous une forme pénale (interpellations pour usage de stupéfiants), mais aussi sous une forme socio-éducative, incarnée par les actions d'écoute et de prévention et par l'offre de traitements proposée aux plus jeunes des adolescents. Elle doit, pour être pleinement effective, articuler un système performant de repérage précoce de ceux, parmi les plus jeunes usagers, qui se trouvent confrontés à un

<sup>1</sup> Cette notion est employée au sens de l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie, qui a étendu sa définition initiale de l'usage problématique (« usage par injection ou usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines », 2002) au cannabis.

brossé, mettant notamment en évidence quelques traits saillants du profil des usagers du dispositif de « consultations cannabis » mis en place en 2005. Enfin, la dernière partie expose un certain nombre de problèmes liés au repérage des usages « problématiques » de drogues, au sens où les définit l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT), et notamment l'absence de coordination et d'études de validation claires. Les modalités d'articulation entre instances de répression des usages et dispositifs médicaux de prise en charge sont également décrites, en prenant notamment appui sur l'exemple des « consultations jeunes consommateurs » mises en place au sein de structures de soins aux toxicomanes pré-existantes.

## Panorama européen des usages précoces de drogues

Il semble établi aujourd'hui que la consommation précoce de substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac et le cannabis est associée à un risque accru de développer des problèmes liés à la toxicomanie [2, 3]. Toutefois, la consommation de drogues illicites chez les plus jeunes (moins de 15 ans) apparaît rare en Europe et la consommation régulière, qui l'est encore davantage, prévaut dans des groupes de population spécifiques où elle survient en marge d'autres troubles psychologiques et sociaux [4]. Parmi les substances illicites les plus couramment consommées par la frange des jeunes de moins de 15 ans, le cannabis arrive nettement en tête (devant les solvants). Cependant, parmi les écoliers qui ont déjà une expérience du cannabis à 15-16 ans, rares sont ceux qui ont fumé leur premier joint avant l'âge de 13 ans (en général entre 1 et 4 %). À titre de comparaison, la consommation quotidienne de tabac avant l'âge de 13 ans varie dans les pays de l'Union européenne (UE) entre 7 % et 18 %, sachant que la limite d'âge légale pour acheter ou consommer du tabac varie, selon les pays, entre 16 et 18 ans. Quant aux usages d'alcool, on estime que 5 à 36 % des écoliers en Europe ont déjà connu un épisode d'ivresse [5], la limite d'âge légale pour acheter ou consommer des boissons alcoolisées fluctuant entre 14 et 20 ans.

Parallèlement, une part infime des Européens de moins de 15 ans suit un traitement pour des problèmes liés à la consommation de substances illicites. Ces jeunes représentent moins de 1 % de tous les patients traités, ce qui s'explique par la faiblesse des niveaux de consommation régulière mais aussi par les difficultés d'accès aux traitements, en particulier pour les groupes « à risque » : ceux dont les parents consomment des substances psychoactives et ceux qui connaissent des problèmes scolaires (absentéisme, exclusion) ou judiciaires [6, 7].

Les réponses institutionnelles visant les très jeunes consommateurs de drogues vont des approches préventives universelles (au niveau des écoles) à des interventions précoces (par le biais des services d'orientation) lorsque la consommation d'une substance est déjà suspectée. Entre ces deux approches se situent des réponses préventives adaptées aux groupes à risque, apportées principalement par les services sociaux et sanitaires. Un tiers des pays européens seulement déclare disposer de centres de traitement de la toxicomanie spécifiquement conçus pour les jeunes (Allemagne, Grèce, Chypre, Luxembourg, Pays-

Bas, Autriche, Portugal), mais la plupart des pays font état d'interventions spécifiques pour les jeunes usagers problématiques dans les locaux à usage général (par exemple dans des centres de traitement pour adultes). Quoi qu'il en soit, l'ensemble des États-membres rapporte une difficulté à repérer les usagers dits problématiques parmi les plus jeunes consommateurs.

## Le cadre légal en vigueur et les données concernant les jeunes interpellés

### Les spécificités de la loi

#### Stupéfiants

En matière de stupéfiants, jusqu'à la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance<sup>2</sup>, le cadre légal français reposait sur la loi fondatrice du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants qui ne prévoyait pas de disposition particulière pour les moins de 16 ans. Selon les termes de cette loi et des circulaires du Ministère de la Justice venues compléter ce cadre, la seule disposition spécifique concernait les cas de revente à un mineur de moins de 16 ans, considérée comme une circonstance aggravante du délit d'incitation à la consommation. La loi du 5 mars 2007 a apporté des modifications substantielles de ce point de vue, en aggravant les peines prévues pour sanctionner les infractions préparatoires à l'usage impliquant des mineurs : elle durcit notamment les sanctions prévues en cas de « provocation directe à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigée vers un mineur », en les portant jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende. La loi relative à la prévention de la délinquance introduit également de nouvelles dispositions visant à apporter une réponse pénale plus systématique aux infractions à la législation sur les stupéfiants, notamment à l'usage de drogues. Ainsi, le recours à la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale - qui n'était applicable jusqu'alors qu'en matière de sécurité routière - est étendu au délit d'usage simple de stupéfiants. Plus spécifiquement, cet objectif de systématisation des sanctions en cas d'usage constaté s'appuie sur une révision de la législation applicable aux mineurs délinquants<sup>3</sup> qui peuvent désormais, à partir de l'âge de 13 ans, se voir proposer par le procureur de la République une composition pénale, auparavant réservée aux personnes majeures. De la même manière, la loi renove le dispositif de l'injonction thérapeutique

<sup>2</sup> Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR : INTX0600091L).

<sup>3</sup> Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, publiée au JORF du 4 février 1945.

en l'étendant aux mineurs et en la considérant non plus seulement comme une alternative aux poursuites, mais aussi comme une modalité de condamnation pénale. En outre, parmi les « *dispositions tendant à prévenir la toxicomanie et certaines pratiques addictives* » établies par la loi<sup>4</sup>, une peine complémentaire est prévue pour les personnes, majeures ou mineures, interpellées pour détention ou usage de drogues : elle consiste en l'obligation, pour le contrevenant, d'effectuer un « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants », dont le montant, à la charge du condamné, ne peut excéder le maximum de l'amende encourue pour les contraventions de la 3<sup>e</sup> classe (450 euros)<sup>5</sup>. Selon l'article L 131-35-1 du Code pénal, cette sanction sous forme de stage obligatoire vise à « *faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables pour la santé humaine et pour la société de l'usage de tels produits* »<sup>6</sup>. Cette peine est prononcée par le procureur de la République, dans le cadre d'une procédure pénale simplifiée et accélérée : elle est mise en œuvre par « *les associations de lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants prévues à l'article 2-16 du code de procédure pénale* », c'est-à-dire par les opérateurs sanitaires travaillant dans le champ de la toxicomanie, mandatés par les autorités judiciaires.

### Tabac

En matière de tabagisme, la loi Évin [8] et ses textes d'application définissent un cadre général de protection des non-fumeurs, que le législateur a renforcé en adoptant des dispositions applicables aux plus jeunes. Ainsi, la protection des mineurs de moins de 16 ans repose plus particulièrement en France sur deux textes récents : la loi du 31 juillet 2003 qui vise à restreindre la consommation de tabac des jeunes et le décret n° 949 du 6 septembre 2004 fixant les modalités d'action relatives à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans, le vendeur ayant notamment le droit de demander une pièce d'identité. Si ces textes sont globalement bien respectés par les buralistes pour les très jeunes acheteurs, leur application s'avère beaucoup moins systématique pour des consommateurs de 13 à 15 ans [9]. La loi de 2003 interdit également la vente des paquets de moins de 20 cigarettes dont la cible principale était les plus jeunes.

### Boissons alcoolisées

Concernant les boissons alcoolisées, la législation relative aux mineurs de moins de 16 ans est plus ancienne : elle repose sur l'ordonnance du 7 janvier 1959 et la loi du 5 juillet 1974 fixant l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans. La réglementation interdit par ailleurs l'implantation de débits de boissons dans un certain nombre de « zones protégées » fréquentées par les plus jeunes, dont les alentours des stades, les établissements scolaires, les piscines (loi Evin). Des textes plus récents sont venus protéger les plus jeunes des prémix, mélanges préparés d'alcool et de boissons sucrées conçus spécifiquement pour eux. Des taxes très lourdes ont frappé ces produits dès leur mise sur le marché en 1996, de sorte que les ventes, qui avaient connu une forte croissance initiale, se sont écroulées dès 1997. Ces produits sont réapparus en 2002, du fait d'un contournement de la réglementation par les alcooliers, qui ont développé, à grands renforts de stratégies marketing (publicités, parrainage de manifestations festives et « branchées », packaging et logos attractifs, promotions commerciales, démarchage de clubs sportifs et autres structures accueillant des jeunes), de « nouveaux prémix » vendus en supermarché, à base de malt (« malternatives »), de vins aromatisés (« vinipops ») ou de cidre. Ces nouvelles catégories sont exclues du périmètre de la taxe, du fait de leur teneur réduite en sucre : le recours à des édulcorants permet en effet d'échapper à la taxation qui vise les mélanges contenant plus de 35 g de sucre par litre.

Comme le pointaient les autorités publiques elles-mêmes dans le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, certaines de ces dispositions législatives souffrent d'un défaut d'application effective, à commencer par la loi Evin [8]. Le Plan 2004-2008 prévoyait de « mieux protéger les mineurs » et le Plan suivant (2008-2011) vise à « prévenir les conduites d'alcoolisation massive des jeunes publics et modifier les représentations par rapport à l'alcool » ; sur le volet du contentieux de l'usage et de l'incitation à l'usage de stupéfiants, ces deux plans gouvernementaux successifs préconisent de rétablir la portée de la loi en orientant la réponse judiciaire vers la prévention de la récidive, en particulier chez les mineurs, par le biais de campagnes d'information et grâce à l'orientation sanitaire systématique des usagers interpellés.

### Les très jeunes interpellés

Chaque année, l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) recense les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par la police, la gendarmerie et les douanes<sup>7</sup>. De telles statistiques institutionnelles ne mesurent que les

<sup>4</sup> Libellé du chapitre VI de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR : INTX0600091L).

<sup>5</sup> Art. R. 131-47 du décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale (NOR : JUSD0755654D).

<sup>6</sup> Art. R. 131-46 du décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale (NOR : JUSD0755654D).

<sup>7</sup> Le rapport annuel de l'OCRTIS présente les chiffres relatifs aux interpellations et aux saisies effectuées par l'ensemble des services de police, de douane et de la gendarmerie nationale. Il complète les statistiques de l'État 4001 qui sont des données brutes, issues des faits constatés par les seuls services de police et de gendarmerie. Ces deux statistiques sont élaborées selon des sources, des méthodologies et des finalités différentes ; les statistiques issues de la base OSIRIS reposent sur la saisie de données enrichies à l'issue d'une analyse détaillée effectuée par l'OCRTIS de toutes les procédures : cette approche est donc plus fine sur les types de produits utilisés ou les auteurs pour lesquels la base OSIRIS fournit des données plus précises (données socio-démographiques notamment). Ces statistiques enregistrent donc l'activité des services répressifs sur la voie publique au cours d'une année.



comportements intéressant l'institution productrice des données et sont sujettes au « syndrome du réverbère », qui conduit à n'observer que ce qui est (le plus) visible et ce que l'activité des services peut refléter [10]. Il en résulte une sorte d'effet de sélection dans les statistiques de clientèles qui peut, si l'on n'y prend garde, conduire à un glissement de la notion de « toxicomanie traitée par les institutions » à celle de « toxicomanie effective » [11]. Pour autant, ces données fournissent de précieuses informations. Elles montrent notamment qu'au cours de la dernière décennie (1996-2006), parmi les personnes interpellées pour usage de stupéfiants, la part d'individus de 15 ans et moins a oscillé entre 1 % et 3 % [12]. Plus de 98 % de ces jeunes gens sont interpellés pour un usage de cannabis, le nombre d'interpellations pour les autres produits n'excédant jamais 30 cas par an (en 2006, le second produit en cause pour cette tranche d'âge était l'héroïne, avec 12 interpellations).

La part des individus de 15 ans et moins interpellés pour usage de cannabis représente 3,0 % dans l'ensemble de ces interpellations (93 817 en 2006) et 2,2 % des affaires d'usage-revente ou de trafic de cannabis (10 942 interpellations en 2006). En 2006, comme les années précédentes, le plus jeune sujet interpellé avait 7 ans (un seul cas), même si l'on peut considérer que le nombre d'interpellations pour usage de cannabis ne devient véritablement visible qu'à partir de 13 ans (158 cas en 2006) pour être plus important à 14 ans (607 interpellations) et à 15 ans (1 681 interpellations). Globalement, les personnes interpellées sont très majoritairement des garçons (89,3 % des 10-15 ans), mais les jeunes filles sont de plus en plus concernées depuis quelques années. La part relative des garçons est de 93,5 % pour les 16-20 ans et de 94,6 % pour les 21-25 ans, et diminue légèrement avec l'âge. Si la part des très jeunes usagers interpellés qui sont adressés à une filière sanitaire reste inconnue, les affaires d'ILS impliquant des mineurs font en revanche l'objet d'un traitement pénal quasi-systématique (taux de réponse pénale de près de 97 %), qui aboutit le plus fréquemment à une procédure alternative aux poursuites : d'après l'Infocentre du Ministère de la Justice, la part des alternatives aux poursuites avoisinerait 81 % des ILS traitées mettant en cause un usager mineur en 2005, au sein des sept plus importantes juridictions de la région parisienne (regroupant 25 % du contentieux pénal en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants). Dans cette population, les mesures alternatives aux poursuites revêtent davantage un contenu éducatif qu'une dimension sanitaire : la majorité sont des rappels à la loi (sur convocation au parquet en présence des parents) ; moins de 10 % consistent en orientations vers une structure sociosanitaire ou en injonctions thérapeutiques.

Le profil des très jeunes interpellés apparaît assez naturellement similaire à celui des 10-15 ans adressés par la justice (quel que soit le type de mesure) à une consultation cannabis (cf. *infra*) : sur 160 consommateurs de cet âge accueillis au cours d'un mois d'enquête dans ces structures spécialisées mises en place en 2005 (soit 5 % des consommateurs de tous âges), un sur quatre a été orienté par la justice (soit 36 personnes), dont 94 % sont des garçons. L'articulation entre les instances de justice et de santé semble avoir fonctionné dans le cadre de ce dispositif, où une démarche de prévention sélective est corrélée, en

pratique, aux mesures d'application de la loi pénale. Au demeurant, comme pour les autres dispositifs préventifs et sanitaires français, on ne dispose pas à ce jour d'éléments démontrant un infléchissement des usages imputable à ces mesures.

### Demande d'aide, prévention et offre de soins pour les jeunes usagers de cannabis

#### Les actions de prévention de l'usage des drogues

La question de la prévention n'étant pas explicitement traitée dans la loi de 1970, les orientations politiques guidant la pratique des professionnels peuvent se lire au travers des textes programmatiques, sans qu'aucun modèle pratique ne s'impose. Depuis l'origine, le milieu scolaire, du fait de sa mission éducative essentielle, est largement impliqué dans la coordination et la conduite des actions de prévention liées aux drogues. Cela explique en partie la prédominance de la prévention dite universelle - dirigée vers la population générale principalement afin d'éviter ou de retarder les usages - par comparaison à la prévention sélective visant des groupes estimés plus « à risque », recrutés en dehors du cadre scolaire et notamment dans les quartiers sensibles. Fait marquant, le Ministère de l'Éducation nationale a instauré dès 1990 la notion de « conduites à risque », incitant les établissements d'enseignement primaire et secondaire à traiter la question des drogues sous l'angle des comportements d'usage plutôt que des produits. Récemment, la réponse publique en matière de prévention des drogues a été systématisée : la « loi de santé publique » de 2004<sup>8</sup> a établi qu'au moins une séance d'information devait être délivrée au cours d'une année scolaire sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé.

Les *plans gouvernementaux 2004-2008 et 2008-2011* défendent ainsi les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité, faisant écho aux principes posés par le *programme quinquennal 2003-2008 de prévention et d'éducation* élaboré par le ministère de l'Éducation nationale<sup>9</sup>. Cette volonté des pouvoirs publics s'est concrétisée par la publication nationale, à la rentrée 2005, du « *Guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives* » [13]. Pour la première fois, des éléments de contenu et de méthode institutionnellement validés y sont posés : le guide réaffirme le principe de l'approche globale. Il propose des plans d'intervention par niveau de classe, du CM2 à la Terminale, qui se veulent complémentaires en couvrant la palette des

<sup>8</sup> Loi de programmation de la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004, NOR : SANX0300055L.

<sup>9</sup> Instauré par la circulaire n° 2003-210 du 11 décembre 2003 (NOR : MENE0302706C).

produits psychoactifs principalement consommés par ces générations, en particulier le tabac en direction des élèves de CM2 et de 6<sup>e</sup> (11 à 12 ans en moyenne), l'alcool pour les élèves de 5<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> (13 à 14 ans en moyenne), le cannabis pour les élèves de 3<sup>e</sup> et de 2<sup>de</sup> (15 à 16 ans en moyenne) et en traitant la question des polyconsommations avec les élèves de 1<sup>er</sup> et Terminale (17 à 18 ans en moyenne). La réalisation d'enquêtes périodiques menées auprès de ces différentes populations devrait permettre une estimation de l'impact de ces nouvelles directives, du point de vue des prévalences d'usage par tranche d'âge mais aussi en comparant les prévalences de différentes générations au même âge. En complément, l'observation des mesures de prévention mises en œuvre semble indispensable. À ce titre, l'enquête ReLION<sup>10</sup> a été expérimentée en 2007. Un tel dispositif faisait jusqu'alors défaut en France, mais rares sont les États membres de l'Union européenne qui disposent de systèmes équivalents. Couvrant neuf régions françaises, l'enquête menée en 2006 relève que 42 % des actions de prévention recensées s'adressaient à des 11-14 ans, et seules 6 % visaient des publics en deçà de cette tranche d'âge.

Enfin, la réflexion sur les moyens de peser sur l'ensemble des conduites à risques en milieu scolaire (au-delà même des usages de substances psychoactives) a fait l'objet d'un référentiel de bonnes pratiques édité récemment [14]. S'appuyant sur les expériences françaises mais aussi sur celles des pays francophones, ce guide souligne notamment que les programmes de prévention des conduites à risques les plus efficaces sont ceux qui s'inscrivent dans la durée, et qui s'appuient sur des méthodes interactives [15] mettant l'accent sur le développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives. Il est par ailleurs recommandé de travailler sur des compétences plus spécifiques (telles que la gestion de la colère et la capacité d'autorégulation) pour des personnes ayant des pratiques à risque habituelles, et sur des compétences d'ordre social (telles que les relations avec les pairs, la capacité à résister à la tentation des drogues) en population générale ou scolaire [16]. Des méta-analyses récentes soulignent que les démarches d'influence sociale sont à même d'infléchir les usages de drogues [17, 18], y compris auprès des groupes à risques [19]. Elles consistent à stimuler la résistance à la pression sociale exhortant à la consommation, qu'elle soit active ou passive, par l'assimilation d'un modèle social ou par la reconnaissance d'une surestimation supposée des consommations des pairs. Il s'agit ici d'amoin-drir l'acceptabilité des usages de drogues. Les méthodes

d'intervention spécifiques aux jeunes visent à développer les aptitudes sociales ou interpersonnelles (résolution de problèmes, stratégie d'ajustement (*coping*), affirmation de soi, capacité de refus, communication, relations aux pairs...), les compétences cognitives (capacité de raisonnement, esprit critique, identifications des situations anxieuses, prise de décision, apprentissages scolaires...) et les habiletés émotionnelles des jeunes (gestion de la colère, régulation émotionnelle, compréhension des émotions, confiance en soi, gestion de l'anxiété et du stress...). Ces méthodes axées sur le développement des compétences psychosociales sont proposées à des enfants et des adolescents âgés de 3 à 16 ans, dans des programmes de promotion de la santé et dans tous les types de prévention (universelle, sélective ou « individuelle ciblée<sup>11</sup> ») le plus souvent en milieu scolaire. Néanmoins, s'agissant de la prévention des usages de drogues menée en France, le recours à ces méthodes demeure diffus. À titre d'exemple, selon l'enquête ReLION, 4 actions sur 10 (5 sur 10 en milieu scolaire) s'attachent à développer chez les publics la capacité à s'affirmer ou à gérer la pression du groupe. L'amélioration des connaissances sur les produits, notamment sur leur nocivité, demeure largement privilégiée (72 % des actions documentées via ReLION) bien que la recherche appliquée ait démontré que ce vecteur s'avère insuffisant s'il est exploité isolément. Tous les auteurs semblent s'accorder sur l'idée que les interventions efficaces sont celles qui, dès l'enfance, prennent en compte l'apprentissage de comportements adaptés face aux risques, en les ajustant aux situations de vie, à l'expérience et au niveau de maturité des individus concernés. Dans le cas des plus jeunes, cette nécessité d'adaptation des programmes de prévention au public-cible apparaît cruciale [14].

Au final, il ressort que l'expérience francophone, et française en particulier, manque plus de programmes de prévention s'appuyant sur des méthodes éprouvées et validées que d'initiatives intéressantes. Dans une méta-analyse réalisée en 2002 au niveau mondial, à peine plus d'une dizaine d'interventions préventives en rapport avec les substances psychoactives auraient ainsi été jugées efficaces [20]. La prévention des usages de substances psychoactives peut toutefois s'avérer fructueuse y compris chez les plus jeunes. C'est ce que montre une étude menée aux États-Unis démontrant l'efficacité d'un programme de prévention sur l'alcool, le tabac et le cannabis chez ses bénéficiaires de 8-11 ans et de 11-14 ans, par comparaison à un échantillon témoin [21].

### **Une autre forme de réponse : le dispositif des consultations cannabis**

En 2005, un dispositif d'accueil visant spécifiquement les jeunes consommateurs de cannabis a été lancé en France. L'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis<sup>12</sup>, mise en place en

<sup>11</sup> Traduction proposée pour « *indicated prevention* ».

<sup>12</sup> L'enquête été menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), par questionnaire, lors du lancement du dispositif en 2005 : toutes les personnes reçues entre le 15 mars et le 15 avril 2005 y ont été incluses puis ont été suivies pendant trois mois maximum (qu'il s'agisse de consommateurs ou de personnes de leur entourage). Cette enquête exhaustive, commandée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), visait à vérifier que le dispositif atteignait bien le public-cible, à mieux connaître les caractéristiques du public accueilli et à évaluer les pratiques professionnelles développées dans ce nouveau dispositif. Elle a été reconduite dans les mêmes conditions au printemps 2007.

<sup>10</sup> Recensement local d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liée aux usages de drogues.



même temps que le dispositif lui-même, offre un regard complémentaire sur les plus jeunes bénéficiaires de cette nouvelle offre d'écoute et de soins [22]. Elle permet notamment de comparer les « demandeurs » adressés par leur entourage ou venus de leur propre fait aux usagers adressés par la justice. L'enquête porte sur un échantillon de 229 consultations de repérage et d'évaluation, soit 4202 personnes reçues dans ces consultations au cours du mois d'inclusion de l'enquête : 72 % sont des consommateurs et 28 % des personnes de l'entourage d'un consommateur. Les jeunes âgés de 10 à 15 ans représentent 6 % de l'ensemble du public accueilli dans ces consultations (qui s'élève à 3000 consommateurs en moyenne par mois). Ces 160 jeunes de l'échantillon sont pour les deux tiers d'entre eux âgés de 15 ans, 21 % de 14 ans et 10 % de 13 ans ou moins. À titre de comparaison, ces consultations spécialisées reçoivent par ailleurs 41 % d'adolescents âgés de 16 à 19 ans, 40 % de jeunes adultes de 20 à 25 ans et 13 % de consommateurs plus âgés (26 ans et plus).

Le *sex ratio* apparaît moins marqué que pour les statistiques d'interpellations. S'il est déséquilibré à tous les âges, c'est moins le cas entre 10 et 15 ans : la part des filles y représente 30 % des cas. Elle s'abaisse ensuite à 21 % à 16-19 ans, 18 % à 20-25 ans et ne représente plus que 17 % des plus de 25 ans.

Ce sont les demandes suggérées par un tiers (environnement familial ou éducatif) qui priment parmi les motifs de recours entre 10 et 15 ans : 61 % des jeunes consultants viennent sur le conseil de leur entourage. Ils sont même souvent accompagnés, par un ou par les deux parent(s), alors que 23 % sont adressés par la justice et 16 % se présentent spontanément. La part des orientations judiciaires s'avère nettement plus faible à cet âge que chez les consultants plus âgés (33 % entre 16 et 19 ans, 48 % chez les 20-25 ans).

Les modalités de recours aux consultations cannabis sont par ailleurs fortement différenciées selon le sexe : si le premier motif de recours à cet âge est bien, pour les deux sexes, la suggestion d'un tiers (71 % chez les filles, 57 % chez les garçons), les filles viennent plus souvent spontanément alors que les garçons se trouvent plus souvent orientés par la justice. Par ailleurs, les demandes spontanées correspondent plus fréquemment à des usages intensifs et éventuellement problématiques (selon le diagnostic effectué par le professionnel accueillant, à l'appui ou non d'un test de repérage), alors que la filière judiciaire amène des consultants plus souvent usagers occasionnels, qui sont suivis sur des périodes plus courtes (une ou deux séances pour la plupart, au titre de l'obligation de contact à laquelle ils doivent se soumettre).

À 10-15 ans, un tiers des consultants sont des usagers quotidiens de cannabis (32 %), 22 % sont des usagers réguliers (entre 10 et 29 usages dans le mois) et presque la moitié des consultants (46 %) déclarent un usage occasionnel de cannabis (moins de 10 épisodes de consommation dans le mois passé). Par rapport aux autres âges, la part des usages occasionnels est particulièrement élevée.

Entre 10 et 15 ans, l'âge moyen d'expérimentation du cannabis des consultants est semblable chez les

garçons et chez les filles : à 15 ans par exemple, il est de 13,4 ans. Un quart environ des consultants âgés de 14-15 ans (21 %) ont expérimenté le cannabis avant l'âge de 13 ans et plus d'un tiers ont fumé leur premier joint à 13 ans (35 %). On note une forte corrélation entre l'âge lors du premier joint et le diagnostic établi par le professionnel à la première consultation : à 15 ans, les consultants en situation d'usage « simple » rapportent une initiation à 14,3 ans, tandis que les usagers « dépendants » déclarent avoir essayé le cannabis à 12,2 ans en moyenne. Ces résultats rejoignent ceux observés dans les enquêtes en population générale adolescente [1].

Le classement diagnostique dans les différentes catégories d'usage est effectué par l'intervenant en charge de l'adolescent, qui peut être médecin, psychologue, infirmier mais aussi éducateur ou travailleur social. Comparée aux usages chez les consultants plus âgés, la part des cas de dépendance est logiquement la plus faible entre 10 et 15 ans et la part d'usages à risque la plus élevée : environ 60 % des consultants de 10-15 ans sont diagnostiqués usagers simples ou « à risque » et près de 40 % sont jugés en situation d'usage nocif ou de dépendance au cannabis. Cette évaluation repose sur des outils de repérage parfois élaborés de façon interne, mais sans seuils de référence communs, aucun n'ayant été validé à l'époque. Ce sont donc des évaluations cliniques à valeur indicative, dont la comparabilité n'est pas assurée d'un centre à l'autre. Cette contrainte d'exploitation s'ajoute ainsi aux difficultés intrinsèques du repérage des usages à risque.

### La spécificité du repérage et de la prise en charge des addictions des plus jeunes

#### La conduite du repérage en France à l'heure actuelle

L'intérêt récent accordé à l'observation des usages de drogues des plus jeunes est à rapprocher de la volonté de planifier une réponse publique, sanitaire et parfois pénale, prenant acte de l'augmentation des usages de

	Usage	Usage à risque	Usage nocif/abus	Dépendance	
Garçons	27 %	37 %	22 %	13 %	100 %
Filles	20 %	33 %	23 %	25 %	100 %
Ensemble	25 %	36 %	22 %	17 %	100 %

**Tableau 1. Diagnostic d'usage de cannabis effectué par les professionnels des consultations cannabis parmi les consultants de 10-15 ans.** Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis, OFDT, 2006.

drogues et en particulier de cannabis dans la population. Il importe en effet de déterminer quels publics doivent être ciblés en priorité (et éventuellement, comment les atteindre) lors de l'allocation des ressources aux dispositifs d'accompagnement, de prévention et de soin. Il convient donc de différencier les usages les plus problématiques de ceux qui le sont moins, et de se tourner vers les plus jeunes et les plus précoces des usagers de drogues.

Dans le cadre de la démarche clinique, il est important d'appréhender la motivation du patient pour un sevrage ou une évolution de son comportement. À ce jour, un certain nombre de techniques d'entretiens sont pratiquées par les professionnels dans le but d'influencer positivement les personnes ayant des comportements de consommation à risques : l'intervention précoce, l'intervention brève, la thérapie brève, l'entretien motivationnel<sup>13</sup>, auxquelles s'ajoutent les techniques permettant d'apprécier ou d'évaluer la gravité des consommations et leur impact sur la santé ou la qualité de vie des personnes et de leur entourage. Mais il faut reconnaître que compte tenu de leur contexte, des publics sur lesquels elles ont été évaluées, il n'est pas encore possible d'établir celles qui ont un effet réel sur les pratiques des très jeunes consommateurs. L'entretien motivationnel ou l'intervention brève, par exemple, sont des techniques qui ont fait la preuve de leur efficacité dans les conduites addictives mais auprès de publics plus âgés, notamment chez des patients adultes faisant une démarche personnelle volontaire ; contexte qui ne correspond pas à la situation des plus jeunes consommateurs qui ne consultent, en général, pas de leur plein gré et avec qui il est souhaitable d'avoir une démarche aussi éducative que sanitaire [25, 26].

En règle générale, dans ses stratégies de repérage des usages problématiques, le clinicien tient compte des modalités de consommation à risque et des facteurs de gravité individuels et environnementaux, recherche des signes cliniques et/ou des complications liés à la consommation de produit, s'appuie sur des questionnaires validés et évalue la motivation au changement. Cette stratégie d'évaluation des risques liés à l'usage

de substances psychoactives ne diffère pas dans le cas des jeunes adolescents. Plusieurs questionnaires permettent de repérer et d'évaluer les consommations « abusives » ou « nocives »<sup>14</sup> de substances psychoactives, en particulier illicites. Le questionnaire CRAFFT<sup>15</sup>, outil permettant de repérer à l'aide de 6 questions un usage nocif de produits psychoactifs, a été validé en population générale française [27]. De même, le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), comprenant également 6 questions spécifiques aux consommations de cannabis, a fait l'objet d'une étude de validation en population générale [28] et est en cours de validation en population clinique. De tels outils standard sont utilisés de plus en plus systématiquement, même chez les adolescents, au-delà des nombreuses difficultés conceptuelles et pratiques que posent leur conception et leur validation [29].

Malgré des limites importantes, la littérature scientifique montre la pertinence de leur utilisation en population générale aussi bien qu'en clinique, bien qu'une telle utilisation ne puisse se substituer à de véritables évaluations opérées par un clinicien. Selon une revue de littérature récente, la dépendance serait ainsi rare parmi les moins de 16 ans, mais l'abus relativement plus fréquent [30]. Néanmoins, certains auteurs soulignent que les critères permettant de décrire et de juger la sévérité des usages de produits psychoactifs sont délicats à établir pour les plus jeunes usagers, en particulier pour le cannabis [31, 32]. Le repérage et la prise en charge des usagers les plus jeunes posent donc des problèmes méthodologiques et pratiques spécifiques.

Dans le cadre français, ces difficultés se doublent d'un manque de recul sur l'efficacité comparée des différentes modalités de prise en charge des usagers de drogues. Toutefois, pour le cannabis, l'essai clinique international multicentrique Incant (*International cannabis need for treatment*) auquel participe la France<sup>16</sup>, permettra à terme de fournir des éléments solides sur la comparaison de thérapies familiales et individuelles menées auprès d'adolescents.

Face à un jeune adolescent dont l'usage est jugé problématique, que ce soit par lui-même ou par ses proches, il existe une voie entre le soin et la prévention : l'intervention précoce [33]. Développée en réponse à la généralisation des usages de drogues (et en particulier de cannabis) à l'adolescence en France, son objectif est de ne pas qualifier d'emblée de pathologique l'expérience des usages et de prendre en considération les dimensions d'expérimentation et de désir d'appartenance qui, dans la grande majorité des cas, s'estompent lors du passage à l'âge

<sup>13</sup> Il s'agit d'une approche centrée sur le patient, visant à amener un changement de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son éventuelle ambivalence. Le thérapeute doit l'amener à prendre conscience de ses problèmes, des possibilités et des moyens à mettre en œuvre pour changer. Cette technique thérapeutique repose sur différents principes qui sont l'empathie, l'exploration de l'ambivalence, la lutte contre la résistance, le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle, de la liberté de choix et la levée des obstacles. Cette approche peut servir de plate-forme pour les pharmacothérapies [23, 24]. Si elle s'avère adaptée aux jeunes adultes qui connaissent déjà des situations problématiques liées à leur usage de drogues, rien ne démontre leur efficacité avec des jeunes adolescents qui, psychologiquement, n'ont pas le même regard sur leurs propres ambivalences et, par conséquent, sur leurs propres comportements à risque.

<sup>14</sup> Les définitions les plus communément retenues sont celles de l'Association américaine de psychiatrie reprise dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) - abus de substances - et celle de l'Organisation mondiale de la santé reprise dans la Classification internationale des maladies (CIM 10) - usage nocif. L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) d'un produit est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages psychoaffectifs, sociaux ou somatiques soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement, proche ou plus lointain (la société). Ces définitions ne font pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

<sup>15</sup> Le CRAFFT américain (*Car, Relax, Alone, Forget, Family, Friends, Trouble*) est un questionnaire de repérage de l'usage nocif de drogues utilisé pour le dépistage précoce des adolescents en difficulté avec un produit. Il comporte 6 questions : deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif. Sa traduction française est le questionnaire dit ADOSPA (ADolescents et Substances PsychoActives).

<sup>16</sup> Les cinq pays participants sont : la France, l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas et la Suisse. Cette enquête vise à tester en 2007-2008 l'efficacité et la bonne adaptation d'une thérapie familiale multidimensionnelle dont la qualité a été prouvée aux États-Unis, relativement à une thérapie individuelle plus ordinaire. Voir le site : [www.incant.eu](http://www.incant.eu).



adulte [34]. Le principe est de valoriser un accompagnement éducatif centré sur la prise en compte des notions de plaisir et de recherche des limites et sur la signification des pratiques. Dans une telle approche, il importe que le jeune usager puisse évaluer sa propre consommation et admettre, le cas échéant, son caractère abusif. L'efficacité de cette démarche se situe entre les certitudes initiales des jeunes sur le caractère anodin de leur consommation et les interrogations de l'intervenant sur la signification, l'intérêt que celle-ci revêt.

### L'articulation des aspects médicaux et légaux de la prise en charge

Comme le souligne M. Reynaud, dans « *les débats concernant aussi bien les actions de prévention que la réglementation et la législation concernant la consommation de substances psychoactives (...), l'équilibre doit être trouvé entre les plaisirs et les bénéfices tirés d'un produit, la place sociale et les représentations de ce produit, et les risques réellement encourus* » [30]. Le choix de ce « niveau acceptable entre les bénéfices et les risques » s'objective dans l'état du droit à l'égard des usages de drogues, qui définit, dans une société à un moment précis, les catégories du légitime et de l'illégitime, de l'acceptable et de l'interdit, en incluant dans son périmètre une gamme plus ou moins étendue de domaines de la vie sociale [35]. Dans le cadre réglementaire et législatif existant, les problématiques spécifiques liées aux usages nocifs sont donc prises en compte à travers un certain nombre de dispositifs institutionnels, telles que les « consultations cannabis » spécifiquement dédiées aux jeunes usagers et à leurs familles. Ces consultations, qui accueillent un public composé à près de 40 % de consommateurs orientés par la justice, gèrent en pratique l'articulation entre les aspects légaux et médicaux de la prise en charge, autrement dit, la liaison entre la sanction pénale et le soin.

L'analyse du profil des consommateurs orientés par les autorités judiciaires vers une consultation cannabis montre par exemple qu'ils se distinguent par des consommations plus modérées que les consultants venus spontanément ou sur suggestion d'un tiers, puisqu'ils sont quatre fois moins nombreux à relever d'une « situation de dépendance » (selon le diagnostic du professionnel rencontré). Cette observation pose la question des modes de recrutement complémentaires qu'il faudrait pouvoir mettre en œuvre pour atteindre les consommateurs en situation d'usage nocif. En revanche, les consultants sous main de justice sont deux fois plus souvent en situation de précarité (déscolarisés ou sans emploi) que les consommateurs venant de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche. Ce constat va dans le sens des recherches existantes qui montrent que l'usage abusif de drogues agit souvent comme un révélateur de problèmes socio-économiques préexistants : le comportement de consommation n'est pas dissociable des autres aspects de la vie des adolescents. Autrement dit, une action de repérage de ce qui est problématique ne peut se dispenser d'une observation en parallèle des facteurs sous-jacents du problème, ainsi que, sur un versant éducatif, de ce qui renforce les compétences.

L'incorporation de diverses variantes du rappel à la loi dans l'offre de prise en charge sanitaire et éducative, dans le cadre du dispositif des consultations cannabis, mais aussi des stages de sensibilisation mis en œuvre par les opérateurs du soin aux toxicomanes, permet également de s'interroger sur les conditions de la mise en œuvre de « soins pénalement enjoins » [36]. En effet, le rapprochement entre les logiques pénale et sanitaire peut parfois entraîner des difficultés de positionnement importantes pour les praticiens socio-médicaux qui considèrent dans leur immense majorité, et depuis plusieurs décennies, que le volontariat est une condition nécessaire du succès thérapeutique [37]. Du point de vue de la réponse institutionnelle, l'effectivité de ce rapprochement est subordonnée à la clarté des rôles et des « territoires » institutionnels respectifs entre les praticiens de la justice et ceux de la santé. L'enjeu est d'importance, sachant qu'en attribuant au médecin un rôle d'accompagnement d'une décision judiciaire, l'injonction pénale peut parfois se révéler contre-productive [38] : à plus long terme, elle peut même décourager les recours spontanés aux soins, comme l'ont démontré des études sociologiques menées auprès des populations sous main de justice [39]. En ce qui concerne l'usager, la pertinence de la prise en charge est tributaire de l'équilibre entre la contrainte judiciaire et son propre désir : les conclusions congruentes des analyses opérées tant par les praticiens du soin que par les experts en sciences sociales montrent en effet que le sens thérapeutique que prend une sanction imposant le soin dépend de la « demande de soins » émanant du patient lui-même [40]. Dans cette perspective, il apparaît crucial d'œuvrer à ce que la thérapie ne soit pas vécue comme une sanction.

Toutefois, la réponse institutionnelle apparaît relativement hétérogène, du fait de spécificités liées aux territoires sur lesquels elle se déploie. Ces disparités représentent un enjeu social fort, sachant qu'en cas de condamnation pénale, l'inscription au Casier judiciaire peut entraîner des restrictions de droits. En effet, dans l'articulation des dispositifs judiciaires et de soins, l'égalité des patients dépend des pratiques professionnelles propres à chacun des deux secteurs impliqués<sup>17</sup> : les conséquences judiciaires d'une interpellation dépendent de la pratique des juridictions – qui fait apparaître d'importantes disparités selon

<sup>17</sup> L'égalité des patients est ici évoquée en référence à la loi de 2002 relative aux droits des malades qui plaide pour l'instauration d'une « démocratie sanitaire » (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, NOR: MESX0100092L).



les choix de politique pénale<sup>18</sup> – mais également des capacités sanitaires différenciées selon les territoires. L'accessibilité des consultations cannabis, par exemple, diffère selon les départements. Ainsi, tous les usagers de drogues en infraction n'ont pas les mêmes risques de faire l'objet d'une interpellation selon leur lieu de résidence, tout comme ils n'ont pas les mêmes chances de pouvoir être orientés vers une consultation cannabis proche de leur domicile s'ils font l'objet d'une présentation devant le parquet.

## Conclusion

Les usages de drogues des plus jeunes font l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics depuis quelques années en France. La connaissance de leurs spécificités progresse, aussi bien sur le versant des enquêtes en population générale que sur celui de la prise en charge et du traitement. D'importants efforts ont été déployés pour prévenir l'usage de drogues des jeunes, comme en témoignent les campagnes d'information et de prévention à destination du grand public menées ces dernières années. Des moyens ont également été consacrés à l'accueil, l'écoute, l'information et la prise en charge médicale et psychologique des usagers, ainsi que de leurs familles. Enfin, la législation relative à l'usage de drogues et à leur trafic a évolué.

De nombreux aspects restent encore à parfaire, notamment en ce qui concerne la mesure de l'efficacité de ces dispositifs pour tenter de les améliorer. Cet enjeu apparaît particulièrement crucial car, de façon plus générale, la concomitance des objectifs consistant à soigner, décourager et réprimer l'usage de drogues ne laisse pas de soulever d'importantes difficultés sur les plans éthique, déontologique et pratique. L'articulation des aspects répressifs et sanitaires de la réponse publique, qui se définit comme une voie supplémentaire d'accès aux soins, revêt pourtant des limites. Car, dans cette approche, la dimension d'adhésion volontaire à la démarche de soins devient secondaire et place les intervenants du soin en situation directe d'opérateurs d'une mesure judiciaire. Or, on ne peut écarter l'hypothèse qu'une telle évolution puisse influencer sur les représentations des institutions sanitaires auprès du public usager de drogues et produire des effets sur les recours

spontanés au soin. Ces questions ne sont pas nouvelles mais elles se cristallisent autour de trois phénomènes : le caractère massif de la consommation de cannabis chez les jeunes, et les problèmes associés à l'usage ; l'offre de soin, qui s'est considérablement étendue, générant des interrogations chez les usagers ou au sein de leur entourage sur la nocivité de la consommation en même temps qu'elle s'accompagne d'un accroissement de la demande de soin ; enfin, le renforcement des dispositifs réglementaires de la lutte contre l'usage. Face à ces questions, l'intervention précoce auprès des jeunes consommateurs repérés « à risque », consistant à prendre en compte leur recherche d'un état modifié de conscience mais aussi les notions de plaisir et de déplaisir, apparaît comme une alternative particulièrement adaptée au contexte de la préadolescence. Au final, les interrogations posées ici pour les usages des plus jeunes soulèvent plus largement la question de la place des drogues au sein de la société, du positionnement du discours institutionnel sur le sujet et du degré auquel les pouvoirs publics peuvent prétendre modifier les comportements. ♦

## SUMMARY

### Drug use among youths

The levels of drug use among youths under 14 have remained extremely low for the past few years, as well as in most European countries. Yet, patterns of early drug use are often related to high-risk behaviours that require specific public policy strategies. Over the last years, the Government has set the target of reducing levels of drug use among specific groups such as young people: an awareness-raising media campaign has been launched and a specific outpatients clinics setting has been implemented for cannabis users in particular. This paper examines the relationship between health service providers and criminal justice authorities underlying the effectiveness of the current system. It underlines the need for an early screening and early interventions so as to avoid the shift from simple use to misuse or dependence. ♦

## RÉFÉRENCES

1. Beck F, Godeau E, Legleye S, Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Med Sci (Paris)* 2007 ; 23 : 1162-8.
2. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, et al. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug Alcohol Depend* 2003 ; 69 : 303-10.
3. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol* 2002 ; 70 : 1224-39.
4. European monitoring centre for drugs and drug addiction. *Drug use and related problems among very young people (under 15 years old)*. Lisboa : Annual report (selected issues), 2007.
5. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, et al. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), 2004.
6. Obot I, Wagner F, Anthony J. Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: data from a national epidemiological survey. *Drug Alcohol Depend* 2001 ; 65 : 1-8.
7. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002 ; 128 : 330-66.
8. Berger G (sous la direction de). *Loi Evin : rapport d'évaluation au Gouvernement Français*. Paris : La Documentation Française, 2000 : 352 p.
9. Spilka S, Le Nézet O, Beck F, et al. Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans. *BEH* 2008 ; 21-22 (n° spécial journée mondiale sans tabac) : 97-8.
10. Aubusson de Cavarlay B. Du dossier de procédure aux filières pénales, l'effet d'entonnoir et le syndrome du réverbère : le cas des ILS. In : Faugeron C, ed. *Les drogues en France : politiques, marchés, usages*. Genève : Georg, 1999 : 151-9.

<sup>18</sup> La circulaire de 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances prend acte de ces « disparités dans le traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants » en fonction de la taille de la juridiction, de sa localisation géographique, de sa capacité de traitement du contentieux et du contexte local de la délinquance (circulaire du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances, NOR JUS D 05-30061 C).



11. Padiou R. *L'information statistique sur les drogues et toxicomanies*. Paris : La Documentation Française, 1994 : 184 p.
12. Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCTIS). *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2004*. Nanterre : OCTIS, 2005 : 112 p.
13. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Ministère de l'Éducation nationale de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Direction de l'enseignement scolaire (DESCO). *Guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives*. Paris : CNDP, 2006 : 84 p.
14. Bantuelle M, Demeulemeester R (sous la direction de). *Comportements à risque et santé des enfants et des adolescents : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces*. Collection *Référentiels*. Saint-Denis : Inpes, 2007 : 138 p.
15. Webster-Stratton C, Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science* 2001 ; 2 : 165-92.
16. Domitrovich CE, Welsh JA. Developmental models for interventions to prevent conduct problems. In : Moser SR, Frantz CE, eds. *Shocking violence: youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective*. Springfield : Charles C. Thomas Publisher, 2000 : 125-53.
17. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Primary Prevention* 2000 ; 20 : 275-336.
18. Sussman S, Earleywine M, Wills T, et al. The motivation, skills and decision-making model of « drug abuse » prevention. *Subst Use Misuse* 2004 ; 39 : 1971-2016.
19. Roe E, Becker J. Drug prevention with vulnerable young people: a review. *Drugs Education Prevention Policy* 2005 ; 12 : 85-99.
20. Cuijpers P. *Prevention of cannabis use and misuse*. In : Ministry of Public Health of Belgium. Cannabis 2002 report : a joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland. Bruxelles : Ministry of Public Health, 2002 : 97-110.
21. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TR. *Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach*. Brief report published online. Society for Prevention Research, 2006.
22. Obradovic I. *Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005*. Saint-Denis : OFDT, 2006 : 100 p.
23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York : Guilford Publications, 2002 : 428 p.
24. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviour* 1996 ; 21 : 835-42.
25. Cohen B. *Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?* In : Reynaud M, Bailly D, Venisse JL, eds. *Médecine et addictions : peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?* Paris : Masson, 2005.
26. Cohen B. Du top-modèle médical au modèle écologique : les consultations cannabis. *Psychotropes* 2006 ; 12 : 93-101.
27. Karila L, Legleye S, Beck F, et al. CRAFFT : 2 niveaux de risque pour détecter un usage nocif de substances psychoactives dans la population générale. *Presse Med* 2006 ; 36 : 582-90.
28. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. *J Subst Use* 2007 ; 12 : 233-42.
29. Beck F, Legleye S. Measuring cannabis relation problems and dependence at the population level. In : Rödner Sznitman S, Olsson B, Room R, eds. *A Cannabis reader: global issues and local experiences, Volume 2*. EMCDDA monograph, European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction (EMCDDA), 2008 : 29-57.
30. Reynaud M. *Usage nocif de substances psychoactives*. Paris : La Documentation Française, 2002.
31. Harrison PA, Fulkerson JA, Beebe TJ. DSM-IV substance use disorder criteria for adolescents: a critical examination based on a statewide school survey. *Am J Psychol* 1998 ; 155 : 486-92.
32. Bukstein O, Kamner Y. The nosology of adolescent substance abuse. *Am J Addictions* 1994 ; 3 : 1-13.
33. Couteron JP, Santucci JJ. L'intervention précoce : pourquoi et comment ? *ADSP* 2007 ; 60 : 49-54.
34. Beck F, Legleye S. Les jeunes et le cannabis : les données d'un phénomène de société. *Regards sur l'actualité*. Paris : La Documentation Française : 2003 ; 294 : 53-65.
35. Garapon A. Le vocabulaire de la démocratie. Le Préfet et l'ordre public. *Revue Administration* 1996 ; 173 : 32.
36. Lameyre X. Une poétique des soins pénalement ordonnés. *Forensic* 2002 ; n° 12 (octobre-décembre) : 47-57.
37. Bergeron H. *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. Collection *Sociologies*. Paris : PUF, 1999 : 370 p.
38. Wacquant L (sous la direction de). *De l'État social à l'État pénal. Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1998 : 124.
39. Bessin M, Lechien MH. *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Rapport GIP. Paris : Ministère de la Justice, 2000.
40. Ferragut T. De la récidive à la répétition ou le travail clinique et l'obligation de soins. *Psychotropes* 2004 ; 10 (3/4) : 173-85.

## TIRÉS À PART

F. Beck

## Collection RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

## Bon de commande

À retourner à EDK, 2, rue Troyon - 92316 Sèvres Cedex  
Tél. : 01 55 64 13 93 - Fax : 01 55 64 13 94 - E-mail : edk@edk.fr

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Fonction : .....

Je souhaite recevoir l'ouvrage **Soigner l'enfant psychosomatique** : 20 € + 3 € de port = **23 € TTC**

Je souhaite recevoir l'ouvrage **Affect refoulé, affect libéré** : 20 € + 3 € de port = **23 € TTC**

en ..... exemplaire, soit un total de ..... €

Par chèque, à l'ordre de **EDK**

Par carte bancaire :  Visa  Eurocard/Mastercard

Carte n° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature :

Date d'expiration : | | | | | | | |

N° de contrôle au dos de la carte : | | | |

