ONUDC
Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime

UNODC
Research

DROGUES ET GROUPES D'ÂGE

Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées

RAPPORT MONDIAL SUR LES DROGUES 2018

4

© Nations Unies, juin 2018. Tous droits réservés pour tous pays.

eISBN : 978-92-1-045059-1

La présente publication peut être reproduite en tout ou en partie sous quelque forme que ce soit, à des fins éducatives ou non lucratives, sans l'autorisation du titulaire des droits d'auteur, à condition qu'il soit fait mention de la source.
L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) souhaiterait recevoir un exemplaire de toute publication utilisant le présent rapport comme source.

Pour citer cette publication :
ONUDC, *Rapport mondial sur les drogues 2018*.

La présente publication ne peut être revendue ni servir à aucun autre usage commercial sans l'autorisation écrite préalable de l'ONUDC.
Les demandes d'autorisation, précisant l'objet et le but de la reproduction, devront être adressées au Service de la recherche et de l'analyse des tendances de l'ONUDC.

AVERTISSEMENT

Le contenu de la présente publication ne reflète pas nécessairement les vues ou politiques de l'ONUDC ou des organisations qui ont contribué à sa rédaction et n'implique aucun aval de leur part.

Tous commentaires sur le présent rapport seront les bienvenus. Ils pourront être adressés à :

Division de l'analyse des politiques et des relations publiques Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime
B.P. 500
1400 Vienne
Autriche
Téléphone : (+43) 1 26060 0 Télécopie : (+43) 1 26060 5827
Courriel : wdr@unodc.org
Site Web : https://www.unodc.org/wdr2018

PRÉFACE

L'éventail des drogues et leurs marchés s'élargissent et se diversifient comme jamais auparavant. Les conclusions du *Rapport mondial sur les drogues* de cette année montrent indiscutablement que la communauté internationale doit intensifier son action pour répondre à ce défi.

Nous nous trouvons en présence d'un développement des marchés des drogues probablement entraîné par l'offre, car la production d'opium et la fabrication de cocaïne ont atteint le niveau le plus élevé jamais enregistré. Les marchés de la cocaïne et de la méthamphétamine s'étendent au-delà des régions habituelles et, si le trafic de drogues en ligne sur le « darknet » ne représente encore qu'une très faible part du trafic de drogues dans son ensemble, il continue de croître rapidement, malgré la fermeture de grandes plateformes consacrées au commerce de ces substances.

Dans certaines parties du monde, l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance est devenu un véritable fléau. La crise des opioïdes en Amérique du Nord retient à juste titre l'attention et la communauté internationale a pris des mesures. En mars 2018, la Commission des stupéfiants a inscrit à l'un des Tableaux six analogues du fentanyl (dont le carfentanil) qui ont fait de nombreux morts. Cette mesure s'ajoute à la décision prise par la Commission à sa soixantième session, en 2017, de placer deux précurseurs utilisés dans la fabrication du fentanyl et un de ses analogues sous contrôle international.

Toutefois, comme le montre le présent *Rapport mondial sur les drogues*, le problème est bien plus vaste. Nous devons lancer l'alerte au sujet de la dépendance au tramadol, qui a très rapidement augmenté dans certaines régions d'Afrique. L'usage non médical de cet analgésique opioïde non placé sous contrôle international s'étend également en Asie. Les conséquences de cette situation sur les populations vulnérables sont très préoccupantes et pèsent sur des systèmes de santé déjà très sollicités.

Parallèlement, le nombre de nouvelles substances psychoactives synthétisées a augmenté, le nombre de substances de ce type qui sont disponibles est plus élevé que jamais et il est fait de plus en plus souvent état des décès et des autres dommages qu'elles provoquent.

Le traitement de la toxicomanie et les services de santé demeurent insuffisants : le nombre de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues qui suivent un traitement (seulement une sur six) reste faible. En 2015, environ 450 000 personnes sont mortes des suites de la consommation de drogues. Sur ce nombre, 167 750 décès sont directement dus à des troubles liés à l'usage de drogues, le plus souvent des opioïdes.

Ces menaces qui pèsent sur la santé, le bien-être, la sécurité, la sûreté et le développement durable exigent des mesures d'urgence.

Le document final adopté à la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le problème mondial de la drogue, tenue en 2016, contient plus de 100 recommandations qui concernent les actions de prévention fondées sur des données factuelles, les soins et les autres mesures visant aussi bien l'offre que la demande de drogues.

Nous devons faire davantage pour promouvoir ce consensus en renforçant l'appui fourni aux pays qui en ont le plus besoin, ainsi que la coopération internationale et les moyens de détection et de répression afin de démanteler les groupes criminels organisés et de mettre fin au trafic de drogues.

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) continue de collaborer étroitement avec ses partenaires des Nations Unies pour aider les pays à appliquer les recommandations du document final adopté à la session extraordinaire, dans le respect des conventions internationales relatives au contrôle des drogues, des instruments relatifs aux droits de l'homme et du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

En étroite coopération avec l'Organisation mondiale de la Santé, nous soutenons l'application des Normes internationales en matière de prévention de l'usage de drogues et des Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues, ainsi que les lignes directrices sur le traitement et la prise en charge des personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues qui ont affaire au système de justice pénale.

Le Rapport mondial sur les drogues 2018 souligne l'importance des politiques de lutte contre la drogue qui tiennent compte du sexe et de l'âge et examine les besoins et les problèmes propres aux femmes et aux jeunes. En outre, il s'intéresse à l'augmentation de la consommation de drogues chez les personnes âgées, phénomène qui exige une prise en charge et un traitement spécifiques.

L'ONUDC agit sur le terrain afin de promouvoir des stratégies équilibrées et globales. Il a renforcé l'appui intégré qu'il fournit à l'Afghanistan et aux pays voisins pour faire face à la production record d'opiacés et aux risques qui en résultent pour la sécurité. Nous appuyons le Gouvernement colombien et le processus de paix engagé avec les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) par des activités de développement alternatif qui offrent des moyens de subsistance licites sans culture du cocaïer.

En outre, l'ONUDC continue de soutenir les efforts déployés pour améliorer la disponibilité des substances placées sous contrôle à des fins médicales et scientifiques, tout en empêchant le mésusage et le détournement de ces produits – action indispensable si nous voulons aider les pays d'Afrique et d'autres régions à maîtriser la crise du tramadol.

L'année prochaine, la Commission des stupéfiants organisera un débat ministériel de haut niveau sur la date butoir de 2019 fixée dans la Déclaration politique et le Plan d'action de 2009 sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue. Les préparatifs de ce débat ont commencé. J'invite instamment la communauté internationale à saisir cette occasion pour renforcer la coopération et adopter des solutions efficaces.

Yury Fedotov
Le Directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

TABLE DES MATIÈRES

FASCICULE 1 **RÉSUMÉ ANALYTIQUE – CONCLUSIONS ET INCIDENCES STRATÉGIQUES**

FASCICULE 2 **TABLEAU GÉNÉRAL DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE DE DROGUES**
Tendances les plus récentes, questions transversales

FASCICULE 3 **ANALYSE DES MARCHÉS DE LA DROGUE**
Opiacés, cocaïne, cannabis, drogues de synthèse

FASCICULE 4 **DROGUES ET GROUPES D'ÂGE**
Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées

PRÉFACE 1
NOTES EXPLICATIVES 5
PRINCIPALES CONCLUSIONS 6
INTRODUCTION 9

A. CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES JEUNES ET LES PERSONNES PLUS ÂGÉES 10
Évolution de la pyramide des âges 10
L'ampleur de la consommation de drogues est plus marquée chez les jeunes que chez les personnes plus âgées 10

B. LES DROGUES ET LES JEUNES 14
Schémas de consommation de drogues chez les jeunes 15
Voies menant vers les troubles liés à l'usage de substances 22
Les jeunes et la filière des drogues 41

C. LES DROGUES ET LES PERSONNES D'ÂGE MÛR 48
Évolution de l'ampleur de la consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr 48
Quels facteurs peuvent expliquer l'ampleur accrue de la consommation de drogues ? 52
Traitement de la toxicomanie chez les consommateurs de drogues d'âge mûr 54
Décès liés à l'usage de drogues parmi les consommateurs de drogues d'âge mûr 56

GLOSSAIRE 59
GROUPES RÉGIONAUX 60

FASCICULE 5 **LES FEMMES ET LES DROGUES**
Consommation de drogues, offre de drogues et conséquences

Remerciements

Le *Rapport mondial sur les drogues 2018* a été établi par le Service de la recherche et de l'analyse des tendances de la Division de l'analyse des politiques et des relations publiques, à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), sous la supervision de Jean-Luc Lemahieu, Directeur de la Division, et d'Angela Me, Chef du Service.

Coordination générale et supervision du contenu
Chloé Carpentier
Angela Me

Analyses et rédaction
Philip Davis
Diana Fishbein
Alejandra Sánchez Inzunza
Theodore Leggett
Kamran Niaz
Thomas Pietschmann
José Luis Pardo Veiras

Édition
Joseph Boyle
Jonathan Gibbons

Conception graphique et production
Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttnig

Coordination
Francesca Massanello

Appui administratif
Anja Held
Iulia Lazar

Relecture et commentaires

Le *Rapport mondial sur les drogues 2018* a également bénéficié des connaissances et des précieux apports de collègues de toutes les divisions de l'ONUDC.

Le Service de la recherche et de l'analyse des tendances remercie aussi pour sa contribution et ses conseils inestimables le Comité consultatif scientifique du *Rapport mondial sur les drogues*, composé des personnes suivantes:

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Letizia Paoli
Charles Parry
Peter Reuter
Francisco Thoumi
Alison Ritter

In memoriam
Brice de Ruyver

Les recherches menées aux fins du fascicule 4 ont été rendues possibles par la généreuse contribution de l'Allemagne (Agence allemande de coopération internationale (GIZ)).

NOTES EXPLICATIVES

Les frontières et noms indiqués sur les cartes, ainsi que les désignations qui y sont employées, n'impliquent ni reconnaissance, ni acceptation officielles de la part de l'Organisation des Nations Unies. Une ligne en pointillé représente de façon approximative la ligne de contrôle au Jammu-et-Cachemire convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été arrêté par les parties. Les frontières contestées (Chine et Inde) sont représentées par des hachures, vu la difficulté de les représenter en détail.

Les appellations employées dans le *Rapport mondial sur les drogues* et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les noms de pays ou de zones sont ceux qui étaient officiellement en usage au moment où les données ont été recueillies.

Toute référence au Kosovo devrait être interprétée conformément à la résolution 1244 (1999) du Conseil de sécurité.

La distinction entre des expressions comme « usage de drogues », « mésusage de drogues » et « abus de drogues » donnant lieu à des ambiguïtés d'ordre scientifique et juridique, on a opté dans le présent rapport pour des termes neutres, à savoir « usage de drogues » ou « consommation de drogues ». Le terme « mésusage » n'est employé que dans le cas de l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance.

Toutes les utilisations du mot « drogue » renvoient à des substances visées par les conventions internationales relatives au contrôle des drogues.

Sauf indication contraire, toutes les analyses qui figurent dans le présent rapport reposent sur les chiffres officiels communiqués à l'ONUDC par les États Membres en réponse au questionnaire destiné aux rapports annuels.

Les données sur la population proviennent du document suivant : *World Population Prospects: The 2017 Revision* (Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population).

Par dollar, on entend toujours le dollar des États-Unis, sauf indication contraire.

EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
Europol	Agence de l'Union européenne pour la coopération des services répressifs
GHB	acide gamma-hydroxybutyrique
LSD	diéthylamide de l'acide d-lysergique
MDMA	3,4-méthylènedioxyméthamphétamine
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

PRINCIPALES CONCLUSIONS

C'est chez les jeunes que la consommation de drogues et les conséquences qu'elle entraîne pour la santé sont les plus importantes

Les enquêtes sur la consommation de drogues au sein de la population générale montrent que l'ampleur de cette consommation demeure plus importante chez les jeunes que chez les personnes plus âgées, avec toutefois des exceptions liées à l'usage traditionnel de drogues telles que l'opium ou le khat. Selon la plupart des études, la période comprise entre le début (de 12 à 14 ans) et la fin (de 15 à 17 ans) de l'adolescence est celle d'un risque important d'initiation à l'usage de substances et cet usage est susceptible d'être au plus haut chez les 18-25 ans.

Le cannabis est une drogue de prédilection parmi les jeunes, qu'ils consomment fréquemment

Los datos de los países occidentales indican que la idea de que el cannabis es fácil de conseguir, sumada a la percepción de un bajo riesgo de daño, hace que esta droga sea una de las sustancias que con más frecuencia se comienzan a consumir en la adolescencia. El cannabis se consume a menudo junto con otras sustancias y el consumo de cannabis suele ser la antesala del consumo de otras drogas.

Dos tipologías extremas del consumo de drogas entre los jóvenes: las drogas de club en los ambientes de vida nocturna y los inhalantes entre los niños de la calle

Selon des données provenant de pays occidentaux, la disponibilité perçue du cannabis, associée à un sentiment de faible risque de nocivité, fait que cette drogue est l'une des substances à la consommation desquelles les adolescents s'initient le plus fréquemment. Le cannabis est souvent consommé en association avec d'autres substances et la consommation d'autres drogues est généralement précédée de celle de cannabis.

Deux typologies extrêmes de la consommation de drogues chez les jeunes : les drogues de club dans les lieux de vie nocturne ; et les produits à inhaler chez les enfants des rues

La consommation de drogues chez les jeunes diffère d'un pays à l'autre et dépend de la situation sociale et économique des intéressés.

Deux milieux très différents donnent un aperçu de la très grande variété de situations qui motivent la consommation de drogues chez les jeunes. D'un côté, la drogue est consommée dans des lieux de loisirs afin d'ajouter une touche d'euphorie et d'exacerber les sensations ; de l'autre, les jeunes qui vivent dans des conditions extrêmes consomment des drogues pour faire face à leur situation.

Les types de drogues consommées dans ces deux milieux sont eux-mêmes très différents. Les drogues de club telles que l'« ecstasy », la méthamphétamine, la cocaïne, la kétamine, le LSD et le GHB sont consommées dans les pays à revenu élevé, au départ lors de « bringues » branchées isolées, puis dans des cadres comme les bars universitaires, les fêtes privées et les concerts. La consommation de ces substances serait beaucoup plus importante chez les jeunes. Parmi les jeunes vivant dans la rue, les drogues le plus fréquemment consommées sont généralement les produits à inhaler, à savoir notamment les diluants pour peinture, l'essence, la peinture, le liquide correcteur et la colle.

Les enfants des rues étant souvent exposés aux agressions physiques et sexuelles, la consommation de drogues est pour eux l'une des façons de faire face à la dureté de l'environnement de la rue. Ils choisissent souvent les substances qu'ils utilisent pour leur faible coût, leur caractère licite et leur large disponibilité, ainsi que la capacité de provoquer rapidement un sentiment d'euphorie.

Le passage des jeunes au stade de la consommation nocive de substances est complexe

Chez les jeunes, le passage du stade de l'initiation à la consommation nocive de substances se fait sous l'influence de facteurs qui sont souvent indépendants de leur volonté. Des facteurs individuels (santé comportementale et mentale, développement neurologique et variations génétiques résultant d'influences sociales) et des facteurs de microniveau (rôle des parents et la famille, cadre scolaire et influence des pairs) et de macroniveau (environnement socioéconomique et physique) peuvent amener les adolescents à faire usage de substances. Ces facteurs varient selon les individus et tous les jeunes ne sont pas également exposés au risque d'usage de substances. Aucun facteur n'est en lui-même suffisant pour amener à faire usage de substances et, dans bien des cas, l'influence des divers facteurs évolue dans le temps. Dans l'ensemble, c'est la combinaison critique de la présence de facteurs de risque et de l'absence de facteurs de protection à un stade donné de la vie d'un jeune qui le rendra plus ou moins susceptible de consommer de la drogue. Les problèmes de santé mentale et comportementale précoces, la pauvreté, l'absence de perspectives, l'isolement, l'indifférence des parents et le manque de soutien social, la mauvaise influence des pairs et le dénuement de certaines écoles sont plus fréquents chez les jeunes qui en viennent à connaître des problèmes liés à l'usage de substances que chez ceux qui ne connaissent pas ces problèmes.

La consommation nocive de substances a de multiples effets directs sur les adolescents. L'usage de substances pendant l'adolescence augmente le risque de chômage, de problèmes de santé physique, de dysfonctionnement des relations sociales, de tendances suicidaires, de maladie mentale, voire de diminution de l'espérance de vie. Dans les cas les plus graves, la consommation nocive de drogues peut déboucher sur un cycle qui voit la détérioration de la situation socioéconomique et de la capacité de nouer des liens alimenter l'usage de substances.

De nombreux jeunes jouent un rôle dans la filière du trafic de drogues en raison de leur pauvreté et de l'absence de perspectives de promotion sociale et économique

On sait également que des jeunes sont associés à la culture, à la fabrication, à la production et au trafic de drogues. En l'absence de perspectives sociales et économiques, il arrive que des jeunes revendent de la drogue pour gagner leur vie ou compléter un maigre salaire. Les jeunes touchés par la pauvreté ou appartenant à d'autres groupes vulnérables, tels que les immigrants, peuvent être recrutés par des groupes criminels organisés qui les obligent à cultiver et à produire des drogues, à en faire le trafic et à les revendre à l'échelon local. Dans certains milieux, les jeunes s'impliquent dans les réseaux de distribution de drogues par enthousiasme et pour pouvoir s'identifier avec les groupes ou bandes locaux. En matière de trafic de drogues, les groupes et bandes criminels organisés peuvent préférer recruter des enfants et de jeunes adultes pour deux raisons : le côté téméraire des groupes d'âge les plus jeunes, même vis-à-vis de la police ou de bandes rivales ; et leur docilité. Les jeunes associés au commerce illicite de drogues sur les marchés internationaux sont souvent membres d'importants groupes criminels organisés, qui les utilisent principalement comme « mules », pour faire passer en fraude d'un pays à un autre des substances illégales.

L'augmentation des taux de consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr tient en partie au vieillissement des cohortes de consommateurs de drogues

Selon les données limitées dont on dispose et qui proviennent principalement des pays occidentaux, la consommation de drogues parmi la génération la plus vieille (à partir de 40 ans) a augmenté plus vite que celle des consommateurs les plus jeunes.

Selon une étude réalisée aux États-Unis, les personnes qui étaient adolescentes à un moment où les drogues étaient très prisées et facilement disponibles sont plus susceptibles d'avoir essayé des drogues et, éventuellement, d'avoir continué d'en consommer. En particulier, ce schéma correspond bien à ce qu'il est convenu d'appeler la génération des « enfants du baby-boom » en Europe occidentale et en Amérique du Nord. Nés entre 1946 et 1964, les membres de

cette génération ont eu pendant leur jeunesse des taux d'usage de substances supérieurs à ceux des cohortes précédentes ; une proportion importante d'entre eux a continué de consommer des drogues et, à présent qu'ils sont âgés de plus de 50 ans, cette consommation se retrouve dans les données disponibles.

En Europe, les données relatives aux personnes demandant un traitement pour consommation d'opioïdes mettent en évidence un autre effet de cohorte. Si le nombre de consommateurs d'opioïdes suivis pour la première fois diminue, la proportion des plus de 40 ans est passée de 1 sur 5 en 2006 à 1 sur 3 en 2013. La tendance est analogue pour les décès par surdose : entre 2006 et 2013, leur nombre a augmenté pour les consommateurs âgés de 40 ans ou plus, mais diminué chez les moins de 40 ans. Les informations disponibles font état d'une importante cohorte de consommateurs d'opioïdes vieillissants ayant commencé à s'injecter de l'héroïne pendant l'« épidémie » d'héroïne des années 1980 et 1990.

Les consommateurs de drogues d'âge mûr ont besoin de services adaptés, mais il existe peu de programmes de traitement qui répondent à leurs besoins spécifiques

Les consommateurs d'âge mûr peuvent souvent avoir plusieurs problèmes de santé physique et mentale, ce qui rend le traitement des toxicomanes plus complexe. Or, on n'a guère prêté attention aux troubles liés à l'usage de drogues chez ces personnes. Les stratégies de lutte contre la drogue des pays européens en 2010 ne font pas expressément référence à ces consommateurs d'âge mûr et les programmes de traitement et de prise en charge spécialisés mis en place à leur intention sont rares dans cette région ; la plupart des initiatives lancées s'adressent aux jeunes.

Les consommateurs de drogues d'âge mûr représentent une proportion croissante des décès directement causés par la consommation de drogues

À l'échelle planétaire, les décès directement dus à la consommation de drogues ont augmenté de 60 % entre 2000 et 2015. Les personnes de plus 50 ans ont représenté 39 % des décès causés par les troubles liés à l'usage de drogues en 2015. Toutefois, la proportion de personnes d'âge mûr apparaissant dans les statistiques est en hausse : en 2000, elles ne représentaient que 27 % de ces décès.

Dans quelque 75 % des cas, les décès causés par les troubles liés à l'usage de drogues chez les personnes de 50 ans ou plus sont dus à la consommation d'opioïdes. La consommation de cocaïne et celle d'amphétamines représentent chacune environ 6 % du total, les 13 % restants s'expliquant par la consommation d'autres drogues.

INTRODUCTION

Le présent fascicule constitue la quatrième partie du *Rapport mondial sur les drogues 2018* et le premier de deux fascicules thématiques consacrés à des groupes de population spécifiques. Il met l'accent sur les problèmes de drogues concernant les jeunes et les personnes plus âgées.

La section A donne une vue d'ensemble de la façon dont l'ampleur de la consommation de drogues et les schémas de consommation varient selon le groupe d'âge considéré, en présentant des exemples concernant certains pays. La section B examine trois aspects de la consommation de drogues chez les jeunes. S'appuyant sur un examen de la documentation scientifique, elle décrit l'ensemble des schémas de consommation de drogues, notamment l'utilisation de produits à inhaler par les enfants des rues et la consommation de drogues dans les lieux de vie nocturne. Elle étudie ensuite le lien existant entre le développement de l'enfant et de l'adolescent et les facteurs à l'origine des trajectoires d'usage de substances et des problèmes associés, ainsi que les conséquences sociales et sanitaires de la consommation de drogues chez les jeunes. La dernière partie de cette section analyse l'impact sur la vie des jeunes de la culture illicite de plantes servant à fabriquer des drogues et de la production et du trafic de drogues.

La section C se concentre sur les consommateurs de drogues d'âge mûr. Elle donne des précisions sur l'ampleur de plus en plus grande prise depuis une dizaine d'années par la consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr dans certains pays. Elle expose brièvement les facteurs qui pourraient expliquer cette évolution. Elle examine également les problèmes spécifiques que les troubles liés à l'usage de drogues posent aux personnes d'âge mûr sous l'angle du traitement et de la prise en charge de la toxicomanie. Enfin, les informations présentées sur les décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues montrent que la consommation de drogues par les personnes d'âge mûr a de fortes répercussions sur leur santé.

Facteurs de protection et facteurs de risque concernant l'usage de substances

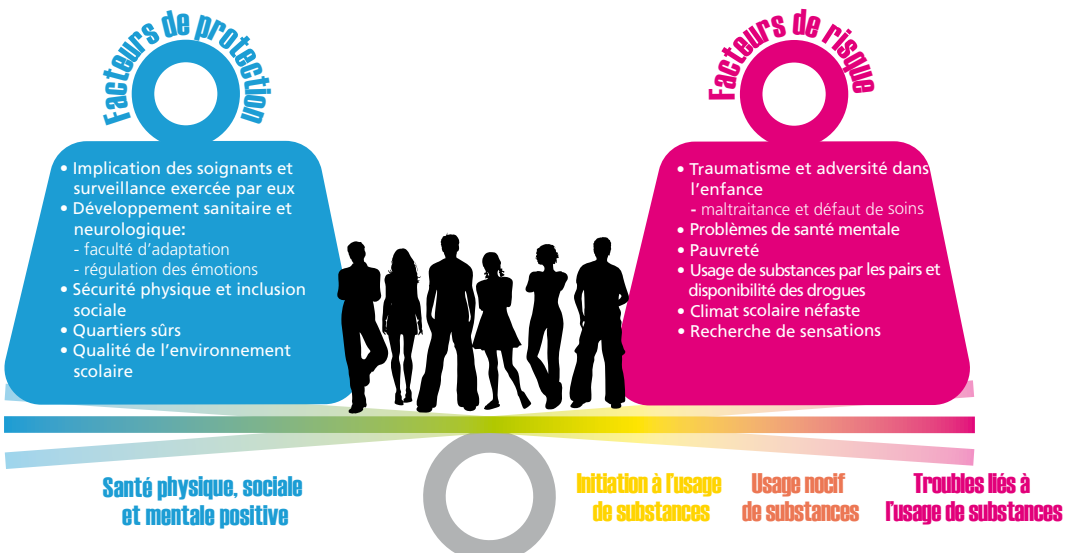
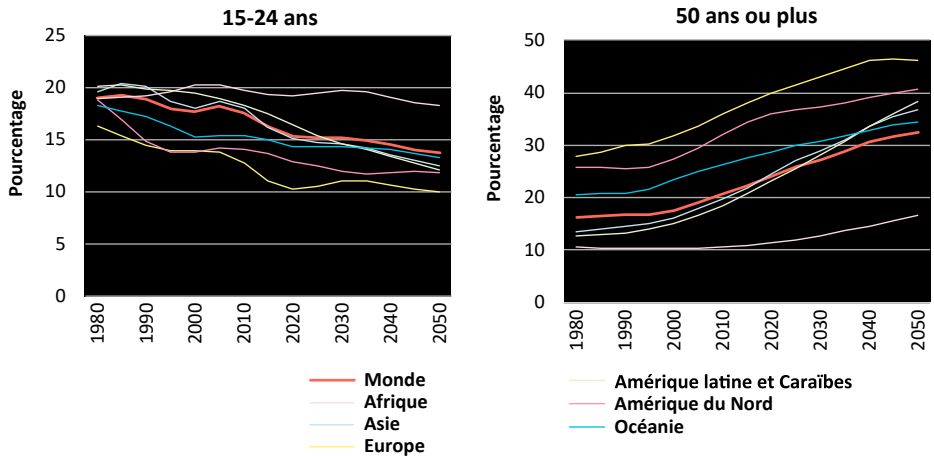


FIG. 1 | Proportion des habitants âgés de 15 à 24 ans et âgés de 50 ans ou plus, 1980-2050



Source : Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, base de données sur les *World Population Prospects*, révision de 2017.

A. CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES JEUNES ET LES PERSONNES PLUS ÂGÉES

Évolution de la pyramide des âges

La population de nombreuses régions du monde est relativement jeune. En 2016, plus de 4 habitants de la planète sur 10 avaient moins de 25 ans, 26 % avaient de 0 à 14 ans et 16 % avaient de 15 à 24 ans. L'Europe était la région où la proportion des habitants âgés de moins de 25 ans était la plus faible (27 %) et l'Afrique était celle où cette proportion était la plus élevée (60 %). Toutefois, la proportion des habitants âgés de 15 à 24 ans devrait décliner dans toutes les régions d'ici à 2050.[1]

D'un autre côté, des gains d'espérance de vie ont été enregistrés ces dernières années dans toutes les régions, l'espérance de vie dans le monde devant augmenter de 10 % approximativement au cours de la prochaine génération, pour passer de 71 ans (2010-2015) à 77 ans (2045-2050).[2] Par conséquent, entre 2016 et 2050, le nombre des habitants âgés de 50 ans ou plus devrait presque doubler. D'ici à 2050, un tiers au moins des habitants de toutes les régions, l'Afrique exceptée, auront 50 ans ou plus.

L'ampleur de la consommation de drogues est plus importante chez les jeunes que chez les personnes plus âgées

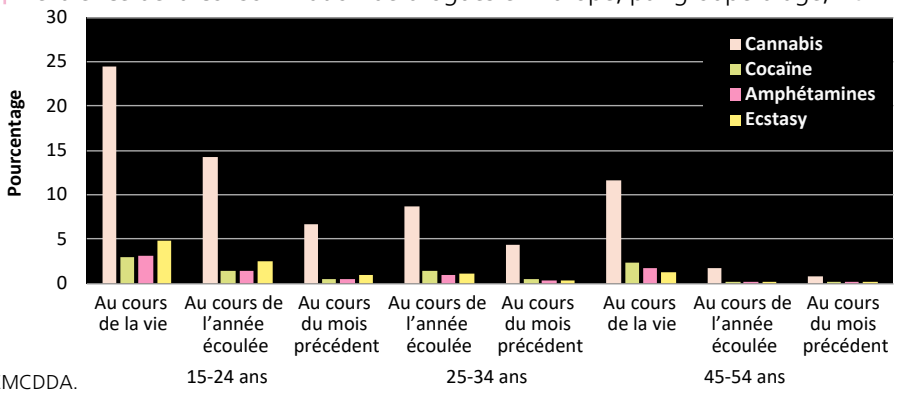
Les enquêtes réalisées sur la consommation de drogues au sein de la population générale font régulièrement ressortir que l'ampleur de cette consommation reste moins marquée chez les personnes d'âge mûr que chez les jeunes. Les données montrent que les niveaux maximaux de consommation de drogues sont le fait des 18-25 ans. C'est dans l'ensemble la situation observée dans les pays de la plupart des régions et pour la plupart des types de drogues.

L'ampleur de la consommation de drogues chez les jeunes, en particulier les prévalences au cours de l'année écoulée et du mois précédent, qui sont des indicateurs de consommation récente et régulière, demeure nettement plus importante que chez les personnes plus âgées. Toutefois, la prévalence au cours de la vie, qui est un indicateur de l'ampleur de l'exposition de la population générale aux drogues, reste plus élevée chez les personnes d'âge mûr que chez les jeunes en ce qui concerne l'usage de substances qui sont sur le marché depuis des décennies. En revanche, l'usage de substances apparues

1 Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, base de données sur les *World Population Prospects*, révision de 2017.

2 Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, « *World population prospects: the 2017 revision*, key findings and advance tables », document de travail no ESA/P/WP/248 (New York, 2017)..

FIG. 2 | Prévalence de la consommation de drogues en Europe, par groupe d'âge, 2017



Source: EMCDDA.

Note : Les informations indiquées représentent la moyenne non pondérée des données communiquées à l'EMCDDA par les États membres de l'Union européenne ainsi que la Norvège et la Turquie sur la base des enquêtes générales réalisées entre 2012 et 2015.

plus récemment ou ayant infiltré certains modes de vie serait beaucoup plus répandu chez les jeunes. On en a un exemple avec l'« ecstasy », pour lequel on observe de faibles niveaux de consommation au cours de la vie et un niveau de consommation actuelle pratiquement nul chez les personnes d'âge mûr, mais dont la consommation au cours de la vie atteint des niveaux élevés chez les jeunes.

Il convient d'interpréter les différences d'ampleur de la consommation de drogues au cours de la vie en tenant compte de l'« effet de cohorte », qui concerne les différences de consommation et d'attitudes et de comportements associés parmi des personnes nées durant des périodes déterminées.[3] Les personnes qui atteignent l'âge de plus grande vulnérabilité à l'initiation à la consommation de drogues durant une période au cours de laquelle les drogues sont très en vogue et largement disponibles courent un risque particulièrement élevé d'essayer des drogues et, éventuellement, de continuer d'en consommer.[4] On en a un exemple aux États-Unis d'Amérique avec les « enfants du baby-boom » (les personnes nées entre 1946 et 1964), qui avaient pendant leur jeunesse les taux d'usage de substances les plus élevés par rapport à ceux des cohortes précédentes.[5] En règle générale, lorsque au sein d'une cohorte, un très grand nombre de personnes commencent à faire usage d'une certaine substance, comme dans le cas des enfants du baby-boom, ce fait transparaît dans la prévalence au cours de la vie au sein de la population générale au cours des années à venir, même si un grand nombre de ces personnes cessent ultérieurement d'en consommer. Il s'ensuit que la prévalence au cours de la vie est un indicateur de l'importance de l'exposition à un moment donné de la population et des différents groupes d'âge au sein de la population aux drogues, tandis que la prévalence au cours de l'année écoulée et la prévalence au cours du mois précédent sont des indicateurs des niveaux actuels de consommation de drogues au sein de cette population.

Le manque de données d'enquête sur la consommation de drogues dans les différentes régions et les différences de mesure de la prévalence et de groupes d'âge utilisés dans les enquêtes disponibles rendent difficile de procéder à une comparaison à l'échelle mondiale entre la consommation de drogues des jeunes et celle des personnes plus âgées. Dans les paragraphes qui suivent, on présente donc des exemples concernant différents pays et régions afin de montrer l'ampleur de la consommation de drogues et de comparer cette consommation au sein des différents groupes d'âge des pays et régions concernés.

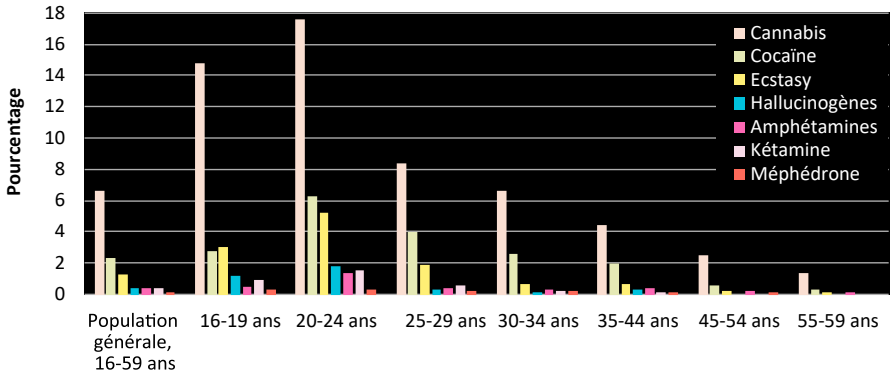
Dans toutes les régions pour lesquelles les données ont pu être analysées selon l'âge, la consommation

3 Lloyd D. Johnston et al., *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 2016 Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use* (Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research, University of Michigan, 2017).

4 J. D. Colliver et al., « Projecting drug use among aging baby boomers in 2020 », *Annals of Epidemiology*, vol. 16, no 4 (avril 2006), p. 257 à 265..

5 J. Gfroerer et al., « Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69, no 2 (mars 2003), p. 127 à 135

FIG. 3 Prévalence annuelle de la consommation de drogues en Angleterre et au pays de Galles, exercice 2016/17



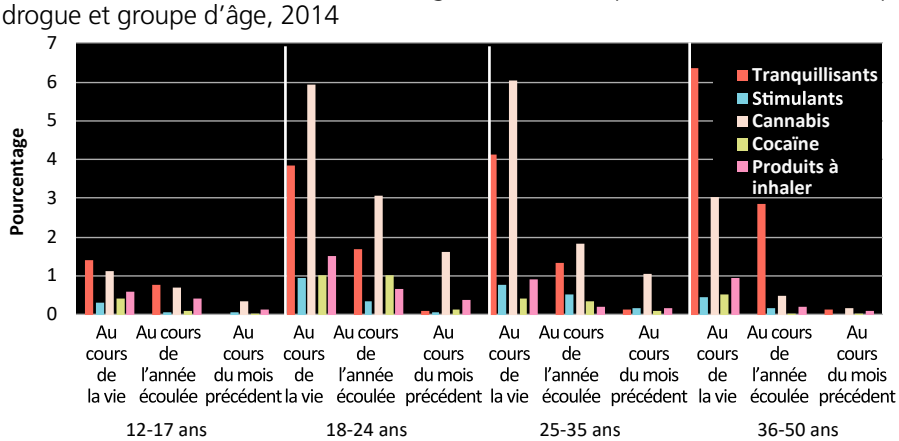
Source : Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Office for National Statistics, « Drug misuse: findings from the 2016/17 crime survey for England and Wales », Statistical Bulletin 11/17 (Londres, juillet 2017)

actuelle de drogues est beaucoup plus répandue chez les jeunes que chez les personnes plus âgées. Parmi les personnes de plus de 40 ans, les schémas de consommation sont généralement différents de ceux des jeunes, sauf quand il s'agit de substances comme l'opium et le khat, qui ont une longue tradition d'utilisation dans certaines sociétés ou cultures. Le plus souvent, les personnes d'âge mûr sont moins exposées que les jeunes aux drogues nouvellement arrivées sur le marché et elles reproduisent en général les schémas de consommation de drogues de leur jeunesse.

Europe

Les données concernant les 28 États membres de l'Union européenne ainsi que la Norvège et la Turquie montrent que, dans ces pays, la consommation au cours de la vie d'amphétamines et d'« ecstasy » est de deux à trois fois plus importante chez les personnes de moins de 35 ans que chez les personnes plus âgées. Pour la plupart des drogues, la consommation au cours du mois précédent est jusqu'à sept fois plus importante chez les jeunes. Toutefois, la consommation actuelle d'« ecstasy » des 15-24 ans est près de 20 fois supérieure à celle des 45-54 ans. En revanche, les taux de prévalence au cours de la vie de la cocaïne en Europe sont comparables dans ces deux tranches d'âge, tandis que la consommation au cours de la vie de cannabis est nettement supérieure chez les personnes de moins de 35 ans. Cela peut tenir à des différences d'âge d'initiation pour ces substances, ainsi qu'aux différents niveaux historiques de la consommation chez les jeunes Européens.

FIG. 4 Prévalence de la consommation de drogues dans l'État plurinational de Bolivie, par type de drogue et groupe d'âge, 2014



Source : État plurinational de Bolivie, Conseil national de lutte contre le trafic de drogues (CONALTID), *II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de Nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la Ciudad de El Alto, 2014* (La Paz, 2014).

En Angleterre et au pays de Galles, au cours de la période 2016-2017, la prévalence annuelle de la consommation la plus élevée, tous types de drogues confondus, a été enregistrée parmi les 20-24 ans. S'agissant des personnes de 45 ans ou plus, cette prévalence était sensiblement plus faible.

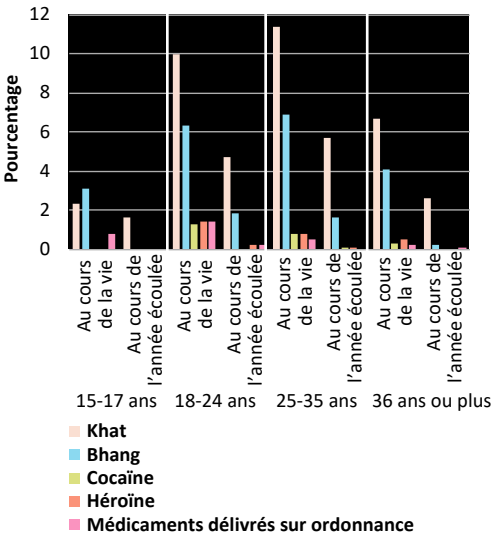
Bolivie (État plurinational de)

Dans l'État plurinational de Bolivie, la consommation récente et actuelle de la quasi-totalité des substances est sensiblement plus forte chez les 18-24 ans qu'au sein des autres groupes d'âge ; comme constaté dans la majorité des pays, le cannabis est la drogue le plus couramment consommée au sein de la plupart des groupes d'âge. La consommation au cours de la vie de cannabis, de cocaïne, de stimulants et de produits à inhaler est jusqu'à deux fois plus importante chez les 18-24 ans que chez les personnes âgées de 36 ans ou plus. Dans la plupart des cas, on signale que la consommation au cours de l'année écoulée et au cours du mois précédent atteint des niveaux nettement plus élevés chez les 18-24 ans que chez les 36-50 ans. Par exemple, la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée est plus de six fois plus importante chez les premiers que chez les seconds. Inversement, la consommation non médicale de tranquillisants (qui arrivent au deuxième rang des substances faisant l'objet d'un usage impropre dans le pays) au cours de la vie et au cours de l'année écoulée est près de deux fois supérieure chez les 36-50 ans, encore que la consommation au cours du mois écoulé ait atteint, selon les données communiquées, des niveaux similaires au sein de tous les groupes d'âge, à l'exception des 12-17 ans.[6]

Kenya

Au Kenya, les personnes d'âge mûr signalent un usage plus important de substances classiques telles que le khat sous différentes formes (*miraa* et *muguka*) et le cannabis (*bhang* et haschisch), alors que les drogues devenues disponibles en Afrique à une date plus récente, comme la cocaïne et l'héroïne, sont plus souvent consommées, selon les informations communiquées, par les 18-24 ans. Au sein de la

FIG. 5 Prévalence de la consommation de drogues au Kenya, par groupe d'âge et type de drogue, 2012



Source : Kenya, Autorité nationale de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues, Rapid Situation Assessment of the Status of Drug and Substance Abuse in Kenya (Nairobi, 2012).

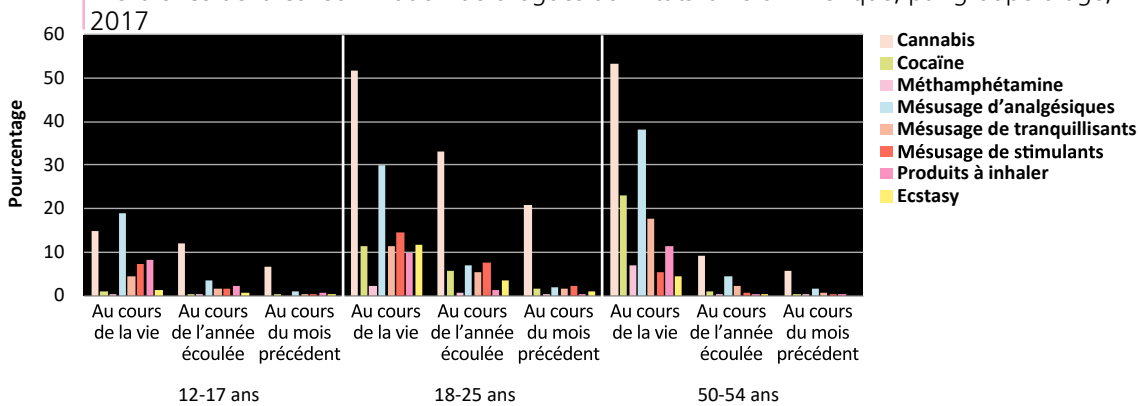
population générale, le khat et le cannabis restent les deux substances le plus couramment consommées, la consommation au cours de la vie et au cours de l'année écoulée la plus importante étant constatée chez les 25-35 ans. Inversement, la consommation au cours de la vie de cocaïne, d'héroïne et de médicaments délivrés sur ordonnance est près de trois fois plus importante chez les 18-24 ans que chez les personnes âgées de 36 ans ou plus.

États-Unis

Aux États-Unis, les données relatives aux drogues consommées en 2017 au sein de la population générale font apparaître des différences en ce qui concerne la consommation au cours de la vie, de l'année écoulée et du mois écoulé selon qu'il s'agit des 18-25 ans ou des 50-54 ans. L'effet de cohorte explique en partie ces différences. Cet effet est visible si l'on considère la prévalence au cours de la vie chez les personnes qui étaient jeunes à la fin des années 1960 et dans les années 1990, deux époques marquées par une augmentation de la consommation d'un grand nombre de drogues par les jeunes. La consommation au cours de la vie de substances présentes depuis des décennies, telles que le cannabis, les analgésiques opioïdes, les tranquillisants et les produits à inhaler, est comparable

6 État plurinational de Bolivie, Conseil national de lutte contre le trafic de drogues (CONALTID), *II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de Nueve Ciudades Capitales ae Departamento, más la Ciudad de El Alto*, 2014 (La Paz, 2014).

FIG. 6 Prévalence de la consommation de drogues aux États-Unis d'Amérique, par groupe d'âge, 2017



Source : États-Unis, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2017).

chez les 50-54 ans et chez les 18-25 ans.[7] Par exemple, près de la moitié des personnes appartenant aux deux groupes d'âge ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Ce schéma est différent pour la cocaïne et les stimulants. La prévalence de l'usage de cocaïne au cours de la vie chez les 18-25 ans est la moitié de ce qu'elle est chez les 50-54 ans. Cela est probablement dû à une combinaison de facteurs, notamment la tendance au recul de la consommation de cocaïne qui a été observée aux États-Unis au début de 2000 et la forte baisse de cette consommation constatée en 2006. En revanche, la consommation non médicale de stimulants et d'« ecstasy » au cours de la vie chez les 18-25 ans est de près de trois fois celle de la cohorte plus âgée, ce qui s'explique par le fait que ces substances sont apparues plus récemment sur le marché. L'ampleur de la consommation au cours du mois écoulé reste pour la plupart des drogues jusqu'à trois fois plus importante chez les 18-25 ans que chez les 50-54 ans ; celle des stimulants est jusqu'à sept fois plus importante dans ce premier groupe d'âge. Les personnes âgées de 50 ans ou plus ne signalent pratiquement aucun cas de consommation actuelle d'« ecstasy ».[8]

B. LES DROGUES ET LES JEUNES

La drogue concerne les jeunes dans toutes les régions du monde. Ils peuvent en consommer, participer à la culture des plantes servant à en fabriquer ou à sa production, ou en être les convoyeurs. De nombreux facteurs – facteurs individuels et facteurs de microniveau (famille, cadre scolaire et pairs) et de macroniveau (environnement socioéconomique et physique) – peuvent conjuguer leurs effets pour exposer les jeunes à l'usage de substances. Selon la plupart des études, la période comprise entre le début (de 12 à 14 ans) et la fin (de 15 à 17 ans) de l'adolescence est celle d'un risque important d'initiation à l'usage de substances.[9] De nombreux jeunes consomment des drogues pour gérer les difficultés d'ordre social et psychologique qu'ils peuvent rencontrer pendant les différentes phases du passage de l'adolescence à l'âge adulte (qu'il s'agisse du besoin de se sentir bien dans leur peau ou simplement de se faire des amis, ou de pallier des troubles de l'adaptation personnelle et sociale).[10]

7 États-Unis, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2017).

8 États-Unis, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52 (Rockville, Maryland, 2017).

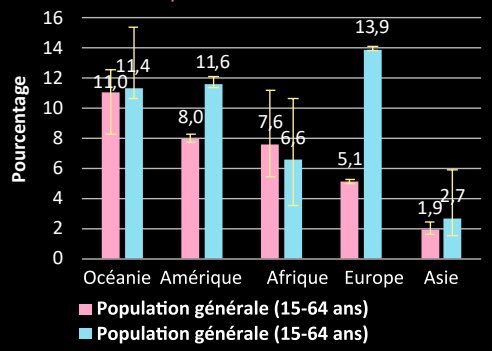
9 Aux fins de la présente section, et pour reprendre la définition de l'Organisation des Nations Unies, on considère que les jeunes sont les personnes âgées de 15 à 24 ans. États-Unis, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, « Age of substance use initiation among treatment admissions aged 18 to 30 », *The TEDS Report* (Rockville, Maryland, juillet 2014)

10 Jonathan Shedler et Jack Block, « Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry », *American Psychologist,* vol. 45, no 5 (1990), p. 612 à 630

La consommation de cannabis chez les jeunes

Dans la plupart des pays, le cannabis est la drogue le plus largement consommée, tant au sein de la population générale que chez les jeunes. Selon une estimation mondiale, établie pour la première fois par l'ONUDC à partir des données disponibles provenant de 130 pays, en 2016, 13,8 millions de jeunes (principalement des écoliers) âgés de 15 et 16 ans, représentant 5,6 % de cette tranche d'âge, avaient consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 mois écoulés.

Prévalence annuelle de la consommation de cannabis au sein de la population générale âgée de 15 à 64 ans et chez les écoliers âgés de 15 et 16 ans, 2016



Sources : ONUDC, données issues des questionnaires destinés aux rapports annuels et rapports de pays.

Note : L'estimation de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes âgés de 15 et 16 ans est, dans la plupart des pays, tirée d'enquêtes scolaires, d'où l'emploi du terme « écoliers ».

Une prévalence élevée de consommation de cannabis a été signalée en Amérique du Nord (18 %)[a] et en Europe occidentale et centrale (20 %), deux sous-régions où la consommation de cette drogue au cours de l'année écoulée chez les jeunes était plus importante qu'au sein de la population générale en 2016. Dans certaines autres sous-régions, les estimations tendent à montrer que la consommation de cannabis chez les jeunes peut être moins importante qu'au sein de la population générale. D'autres études seraient nécessaires pour établir si cette différence tient à une initiation à la consommation de cannabis plus tardive dans les zones concernées ou si elle découle du fait que les jeunes font relativement moins état de leur consommation de drogues par crainte d'être stigmatisés. Il se pourrait aussi qu'à l'âge de 15 ou 16 ans, les jeunes de certains pays en développement ne poursuivent pas nécessairement leurs études. Ceux qui appartiennent à ce groupe d'âge et poursuivent leurs études peuvent ne pas être représentatifs de leur tranche d'âge en ce qui concerne la consommation de drogues ; ils peuvent faire partie d'une élite qui consomme moins de drogues que les jeunes qui ne sont plus scolarisés.

a À l'exclusion du Mexique : 23 %.

Aux fins de la présente section, et pour reprendre la définition de l'Organisation des Nations Unies, on considère que les jeunes sont les personnes âgées de 15 à 24 ans.

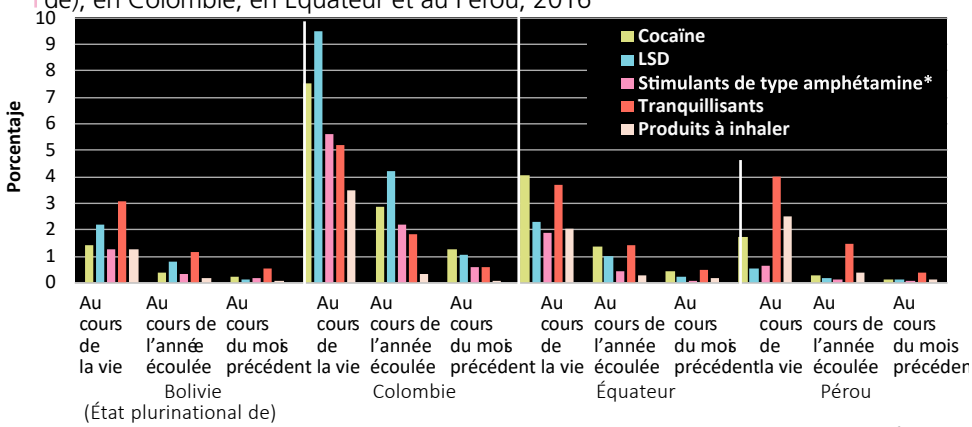
L'adolescence est pour les jeunes une période de développement physique et psychologique (notamment de développement du cerveau) ; or, l'usage de substances peut nuire à ce développement. Partout dans le monde, l'adolescent, exposé à différentes influences, adopte divers comportements, dont l'un peut être l'usage de substances. Toutefois, les faits montrent que l'immense majorité des jeunes ne consomment pas de drogues et que ceux qui en consomment ont été exposés à différents facteurs significatifs liés à l'usage de substances. La fausse impression selon laquelle tous les jeunes sont également exposés à l'usage de substances nocif ou non conduit à ne faire aucun cas des données scientifiques, qui montrent régulièrement que les individus ne courent pas tous le même risque de consommer de la drogue. Si les facteurs spécifiques ayant une importance varient d'un individu à l'autre et si aucun facteur ne suffit à lui seul pour provoquer un usage nocif de substances, une combinaison déterminante de facteurs de risque présents et de facteurs de protection absents fait la différence entre le cerveau d'un jeune qui est prédisposé à l'usage de substances et celui d'un jeune qui n'y est pas prédisposé. D'où l'importance, afin d'éviter que des jeunes ne s'initient à l'usage de substances et de prévenir l'apparition de troubles liés à cet usage dans le cadre de leur développement dans de bonnes conditions de santé et de sécurité, de bien comprendre les schémas de consommation de substances ainsi que les facteurs personnels, sociaux et environnementaux susceptibles d'amener les jeunes à faire usage de substances et à contracter des troubles liés à cet usage.

Schémas de consommation de drogues chez les jeunes

Le cannabis reste la drogue le plus couramment consommée

Si l'on excepte le tabac et l'alcool, le cannabis est considéré comme la drogue le plus couramment consommée parmi les jeunes. La recherche épidémiologique, qui est principalement concentrée dans les pays à revenu élevé, montre que la disponibilité perçue du cannabis, associée à un sentiment de faible risque de nocivité, fait de cette drogue, après le tabac

FIG. 7 Prévalence de la consommation de drogues chez les étudiants en Bolivie (État plurinational de), en Colombie, en Équateur et au Pérou, 2016



Source : ONUDC, III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional 2016 (Lima, 2017).

* *Amphétamine, méthamphétamine et « ecstasy ».*

et l'alcool, la substance le plus couramment consommée. Cette consommation commence généralement à la fin de l'adolescence et atteint son maximum au début de l'âge adulte.[11] Il ressort de la recherche médicale que les jeunes qui consomment du cannabis avant l'âge de 16 ans s'exposent à des dommages graves et courent un risque accru de souffrir de troubles liés à cette consommation et de troubles mentaux, notamment de troubles de la personnalité, d'angoisse et de dépression.[12,13] Quelque 9 % des personnes qui expérimentent le cannabis contractent des troubles liés à sa consommation, mais une personne sur six de celles qui s'y initient dès l'adolescence contracte ces troubles.[14] Entre un quart et la moitié des personnes qui fument quotidiennement du cannabis souffrent de ces troubles.[15]

La consommation d'autres drogues est le plus souvent précédée de celle de cannabis. Les adolescents consommateurs de cannabis sont plus susceptibles que les non-consommateurs de consommer d'autres drogues, même si l'on tient compte d'autres covariables importantes, telles que les aspects génétiques et les facteurs environnementaux.[16] La consommation de cannabis pendant l'adolescence et la consommation ultérieure d'autres drogues au début de l'âge adulte pourraient découler, entre autres causes, de facteurs environnementaux communs et partagés. Les adolescents consommateurs de cannabis peuvent entrer en relation avec d'autres pairs eux-mêmes consommateurs ou avec des revendeurs qui leur fournissent d'autres drogues, ce qui peut accroître leur exposition à un contexte social qui pousse à consommer d'autres drogues.[17, 18] Par exemple, une étude longitudinale réalisée parmi des jumeaux adolescents a montré que le jumeau qui consommait du cannabis suivait, en ce qui concerne la consommation d'autres drogues, l'alcoolodépendance et les troubles liés à la consommation de drogues, une trajectoire différente de celle du jumeau non consommateur de cannabis, pour une consommation dont les taux étaient deux fois, voire cinq fois plus élevés.[19]

Une étude comparative de la consommation de drogues chez les étudiants (âgés de 18 à 25 ans ou plus)

11 Megan Weier et al., « Cannabis use in 14 to 25 years old Australians 1998 to 2013 », *Centre for Youth Substance Abuse Research Monograph*, No. 1 (Brisbane, Australie, Centre for Youth Substance Abuse, 2016).

12 Deidre M. Anglin et al., « Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood », *Schizophrenia Research,* vol. 137, nos 1 à 3 (2012), p. 45 à 49.

13 Shedler et Block, « Adolescent drug use and psychological health ».

14 Nora D. Volkow et al., « Adverse health effects of marijuana use », *New England Journal of Medicine*, 370(23) (2014), p. 2219 à 2227.

15 Ibid.

16 Jeffrey M. Lessem et al., « Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use », *Behavior Genetics*, vol. 36, no 4 (2006), p. 498 à 506.6.

17 Ibid.

18 Wayne D. Hall et Michael Lynskey, « Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs », *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, no 1 (2005), p. 39 à 48. .

19 Lessem et al., « Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use »

réalisée en Bolivie (État plurinational de), en Colombie, en Équateur et au Pérou en 2016 a montré qu'après l'alcool et le tabac, le cannabis était la drogue le plus couramment consommée chez les étudiants. Quelque 20 % des étudiants colombiens avaient consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, contre 5 % en Bolivie (État plurinational de) et au Pérou.

La consommation signalée d'autres substances a également été la plus importante chez les étudiants colombiens. La consommation de drogues telles que la cocaïne, les tranquillisants, le LSD et les produits à inhaler a également été signalée parmi les étudiants des quatre pays. D'après l'étude en question, la proportion des personnes qui s'étaient initiées très jeunes à la consommation de drogues variait selon le sexe, l'ampleur de la consommation de drogues chez les étudiants étant deux fois plus marquée que chez les étudiantes. Par ailleurs, la polyconsommation était très répandue parmi les étudiants : un tiers des étudiants colombiens auraient consommé simultanément deux ou plus de deux drogues au cours de l'année écoulée, contre 20 % en Équateur et 7 % au Pérou. Les substances le plus souvent signalées comme ayant été consommées simultanément étaient notamment le cannabis, la cocaïne, le LSD et l'« ecstasy ».

Éventail des schémas de consommation de drogues chez les jeunes : des lieux de vie nocturne à l'usage de produits à inhaler parmi les enfants des rues

Au cours des deux décennies écoulées, la consommation chez les jeunes des pays à revenu élevé et ceux résidant dans les centres urbains de drogues de club telles que la MDMA, ou « ecstasy », la méthamphétamine, la cocaïne, la kétamine, le LSD et le GHB a débordé du cadre des « bringues » branchées isolées pour se répandre dans les bars universitaires, les fêtes privées et les concerts, entre autres. On a recueilli dans des contextes spécifiques certains éléments d'information sur l'esprit dans lequel les jeunes abordent la consommation de ces drogues.

Par exemple, une étude qualitative des consommateurs de drogues de club réalisée à New York a constaté que ces substances étaient consommées selon trois schémas principaux.[20] Le premier groupe de consommateurs était porté à consommer principalement de la cocaïne, mais d'une façon peu fréquente, et ses membres étaient désignés sous l'appellation de « consommateurs primaires de cocaïne ». Ce groupe n'était pas exposé à d'autres drogues ou n'était pas enclin à la polyconsommation. Le deuxième groupe était celui des « consommateurs majoritaires » ; tout en étant davantage portés vers l'expérimentation, ses membres privilégiaient les drogues de club les plus répandues. La fréquence de leur consommation était plus importante et ils étaient susceptibles d'avoir consommé de l'« ecstasy », mais n'avaient que peu d'expérience d'autres drogues de club. Le troisième groupe était constitué par les adeptes d'une « consommation diversifiée » ; ils consommaient plus souvent plusieurs drogues et étaient disposés à expérimenter différentes manières de se « défoncer ». Ce troisième groupe est hétérogène, mais ses habitudes de consommation ont été associées à des effets profonds, immédiats et durables.

Consommation de stimulants chez les jeunes socialement intégrés et les jeunes marginalisés

En dehors des lieux de vie nocturne, les stimulants comme la méthamphétamine sont également consommés très couramment par les jeunes dans la plupart des régions du monde. Une étude qualitative réalisée en République islamique d'Iran a identifié trois groupes de jeunes consommateurs de méthamphétamine.[21] Le groupe principal était constitué par ceux qui avaient commencé à consommer cette substance, répondant au nom local de shisheh, pour faire face au problème de leur consommation actuelle d'opioïdes, en traitant eux-mêmes leur dépendance aux opioïdes ou en en gérant les effets négatifs. Un autre groupe, moins nombreux, était composé de ceux qui avaient consommé du shisheh en tant que néoconsommateurs ou, après une période de consommation de cannabis, avaient voulu se tourner vers quelque chose de nouveau et expérimenter une nouvelle « défonce ». Le dernier groupe était celui des jeunes qui étaient passés à la méthamphétamine après avoir suivi un programme de sevrage des opioïdes et s'être abstenus de consommer des opioïdes pendant un certain temps.

20 Danielle E. Ramo et al., « Typology of club drug use among young adults recruited using time-space sampling », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 107, nos 2 et 3 (2010), p. 119 à 127.

21 Alireza Noroozi, Mohsen Malekinejad et Afarin Rahimi-Movaghar, « Factors influencing transition to shisheh (methamphetamine) among young people who use drugs in Tehran: a qualitative study », *Journal of Psychoactive Drugs* (29 janvier 2018).

Les enfants travaillant et vivant dans la rue : les enfants en situation de rue

L'UNICEF définit les enfants ou les jeunes de la rue comme des filles ou des garçons n'ayant pas encore atteint l'âge adulte pour qui la rue est devenue leur lieu de vie habituel et/ou l'endroit où ils trouvent de quoi subvenir à leurs besoins et qui sont insuffisamment protégés, surveillés ou dirigés par des adultes responsables.

En fonction de leur mode de vie dans la rue, les enfants peuvent être classés en trois groupes:

1. **Enfant des rues:** vit uniquement dans la rue. Il peut avoir été abandonné par sa famille ou il peut être le seul membre survivant de sa famille. Dans sa lutte pour la survie, cet enfant peut se faire héberger par un ami, puis par un autre, ou s'abriter dans des bâtiments abandonnés ou autres lieux inoccupés.
2. **Enfant dans la rue:** rend régulièrement visite à sa famille. Il peut même rentrer chez lui chaque soir pour y dormir, mais passe la plupart de ses journées et quelques-unes de ses nuits dans la rue pour fuir la pauvreté, l'exiguïté ou les violences sexuelles ou physiques à la maison
3. **Enfant vivant avec sa famille dans la rue:** certains enfants vivent dans la rue avec le reste de leur famille, qui peut avoir été déplacée en raison de la pauvreté, d'une catastrophe naturelle ou d'une guerre. Le cas échéant, ils se déplacent d'un lieu à l'autre avec leurs biens. Ces enfants travaillent souvent dans la rue avec les autres membres de leur famille.

Source : OMS, « Working with street children: module 1, a profile of street children – a training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs », publication no WHO/MSD/MDP/00.14 (Genève, 2000).

TABLEAU 1 Prévalence au cours de la vie de différentes substances chez les enfants en situation de rue et les jeunes en situation de ressources limitées

Substance consommée	Méta-analyse[a] de la prévalence au cours de la vie (en pourcentage)	Intervalle de confiance
Alcool	41	31 a 50
Tabac	44	34 a 55
Cannabis	31	18 a 44
Cocaïne	7	5 a 9
Produits à inhaler	47	36 a 58

Source : Lonnie Embleton et al., « The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis », Addiction, vol. 108, no 10 (2013), p. 1722 à 1733.

[a] *La méta-analyse est une technique statistique visant à combiner des résultats, concernant en l'occurrence la prévalence tirée de plusieurs études épidémiologiques, afin d'obtenir une estimation globale de la prévalence.*

Un examen des études réalisées en Asie et en Amérique du Nord sur les facteurs de risque chez les jeunes consommateurs de méthamphétamine a fait apparaître un éventail de facteurs associés à la consommation de cette substance parmi les groupes de consommateurs socialement intégrés (à faible risque) et marginalisés (à risque élevé).[22] Chez les jeunes socialement intégrés, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de consommer de la méthamphétamine. Dans ce groupe, un lien étroit a été mis en évidence entre le fait d'avoir depuis longtemps divers comportements à risque, notamment une activité sexuelle sous l'emprise de la drogue et la consommation simultanée d'alcool et d'opiacés, et la consommation de méthamphétamine. Le mode de vie en matière de sexualité et les comportements sexuels à risque étaient également considérés comme des facteurs de risque. Toutefois, les comportements sexuels à risque élevé pourraient ouvrir la voie à la consommation de méthamphétamine ou inversement. Au sein des groupes marginalisés, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de consommer cette substance. Il a également été constaté que les jeunes qui avaient grandi dans un environnement familial instable ou présentaient des antécédents de troubles psychiatriques couraient un risque plus élevé de se mettre à en consommer.

Consommation de drogues chez les enfants des rues

Si les enfants des rues ou les jeunes en situation de rue sont un phénomène mondial, les facteurs qui poussent les enfants à la rue varient considérablement selon qu'il s'agit de pays à revenu élevé ou de pays à

22 Kelly Russel et al., « Risk factors for methamphetamine use in youth: a systematic review », *BioMed Central Pediatrics*, vol. 8, no 48 (2008).

revenu intermédiaire ou faible.[23] Dans les pays à revenu élevé, les jeunes qui se trouvent dans cette situation ont généralement connu des conflits familiaux, ont été maltraités et/ou délaissés, ont subi le contrecoup de la consommation de drogues par leurs parents ou sont tombés dans la misère. Dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, les jeunes en situation de ressources limitées peuvent se retrouver à la rue du fait d'une extrême pauvreté, du décès de l'un ou des deux parents ou du déplacement tenant, en plus des raisons précitées, à une guerre ou à un conflit.

Les enfants des rues non seulement vivent, survivent et grandissent dans un milieu non protégé, mais peuvent également être maltraités ou exploités par des bandes ou groupes criminels locaux et être ainsi entraînés vers la criminalité de rue ou la prostitution. Pour survivre dans un milieu aussi hostile, ces enfants peuvent accomplir des travaux occasionnels – vente de marchandises légales ou illégales dans la rue, revente de drogues ou mendicité – ou peuvent avoir des « rapports sexuels de survie », pratique consistant à échanger des faveurs sexuelles contre certains aliments, un abri, de l'argent ou des drogues. D'autre part, la précarité de leurs conditions de vie expose les enfants et les jeunes de la rue aux agressions physiques, aux dommages corporels et autres violences infligés par des délinquants, des bandes, voire les autorités locales.[24] On a également constaté une corrélation très étroite entre les agressions sexuelles et physiques subies par ces enfants et les sévices sexuels et physiques subis dans leur famille.[25, 26] Ces vulnérabilités, ainsi que le fait que les enfants des rues peuvent avoir une famille ou des parents ayant des problèmes d'usage de substances, contribuent à l'apparition chez ces enfants de troubles liés à l'usage de substances et de troubles psychiatriques.

Différents modes d'utilisation de produits à inhaler

Aspiromanie (sniffing): les solvants sont inhalés par le nez et la bouche directement à la sortie du conteneur.

Huffing: consiste à inhaler les vapeurs sur une manche de chemise, une chaussette ou du coton imprégné de la substance et placé sur le nez ou la bouche ou directement dans la bouche.

Bagging: un sac permettant de concentrer les vapeurs est placé sur la bouche et le nez ou sur la tête.

Un grand nombre d'études ont constaté des niveaux élevés d'usage de substances chez les enfants des rues, mais on ne dispose pas d'estimations mondiales et les schémas d'usage propres à ces enfants peuvent varier considérablement. Un examen systématique et une méta-analyse des études concernant l'usage de substances chez les enfants des rues dans des pays dont les ressources sont limitées ont signalé que les produits à inhaler étaient la substance le plus couramment utilisée, une méta-analyse[27] établissant à 47 % la prévalence au cours de la vie de leur utilisation chez les enfants et les jeunes en situation de rue.[28] L'usage de produits à inhaler par ces enfants a été constaté dans toutes les régions, mais celui de la cocaïne a été signalé principalement en Amérique du Sud et centrale, tandis que celui de l'alcool l'a été essentiellement en Afrique et en Amérique du Sud et centrale.

La plus grande partie de la documentation scientifique sur le sujet considère l'usage de produits à inhaler ou substances volatiles chez les enfants des rues comme un phénomène courant.[29] Ces

23 Lonnie Embleton et al., « The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis », *Addiction*, vol. 108, no 10 (2013), p. 1722 à 1733.

24 OMS, « Working with street children: module 1, a profile of street children – a training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs », publication no WHO/MSD/MDP/00.14 (Genève, 2000)..

25 Kimberly A. Tyler et Lisa A. Melnder, « Child abuse, street victimization and substance use among homeless young adults », *Youth and Society*, vol. 47, no 4 (2015), p. 502 à 519.

26 Khaled H. Nada et El Daw A. Suliman, « Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt », *AIDS,* vol. 24, suppl. 2 (2010), p. S39 à S44

27 Une méta-analyse est une technique statistique visant à combiner des résultats, concernant en l'occurrence la prévalence tirée de plusieurs études épidémiologiques, afin d'obtenir une estimation globale de la prévalence

28 Embleton et al., « The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings ». Cette méta-analyse a pris en considération 50 études sur l'usage de substances chez les enfants des rues. Sur 27 études, 13 concernaient des pays dont les ressources sont limitées appartenant aux régions suivantes : Afrique, Amérique du Sud et centrale, Asie, y compris le Moyen-Orient, et Europe orientale

29 L. Baydala, « Inhalant abuse », *Paediatrics Child Health*, vol.

substances sont notamment les diluants pour peinture, l'essence, la peinture, le liquide correcteur et la colle. Elles sont choisies pour leur faible coût, leur caractère licite et leur large disponibilité, ainsi que la capacité de provoquer rapidement un sentiment d'euphorie chez l'utilisateur.[30]

L'ampleur de l'usage de substances chez les enfants des rues peut dépendre de la longueur de la durée de vie dans la rue. Quelque 58 % des enfants en situation de rue interrogés pour une étude réalisée au Kenya ont signalé avoir utilisé de la colle au cours du mois précédent, ce qui en faisait la substance le plus couramment utilisée dans ce groupe.[31] Les autres substances utilisées par ces enfants étaient l'alcool, le tabac, le miraa (une herbe psychoactive locale), le cannabis et l'essence. L'ampleur de l'usage de substances était très différente selon la catégorie d'enfants des rues concernée. La prévalence de l'usage au cours du mois précédent était de 77 % parmi les enfants classés comme « enfants des rues », contre 23 % dans le cas des « enfants dans la rue » (voir l'encadré donnant les définitions de ces catégories). L'usage de substances a également été lié à la masculinité, au fait d'être plus âgé et à une durée de vie dans la rue plus longue.[32, 33] De même, une corrélation systématique a été constatée entre l'absence de famille et l'usage de substances chez les jeunes en situation de rue.[34]

Mort subite par inhalation volontaire

L'usage intensif de substances volatiles (même pendant une seule séance) peut provoquer une arythmie cardiaque et la mort en quelques minutes : c'est le syndrome de la « mort subite par inhalation volontaire ».

L'usage de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes en situation de rue est souvent pour eux l'un des moyens de faire face à leurs expériences négatives, telles que les violences physiques et sexuelles et l'exploitation sexuelle avec lesquelles ils sont aux prises dans la rue.[35] Il s'ensuit que les enfants en situation de rue sont nombreux à considérer les produits à inhaler comme une forme de réconfort et de soulagement dans un milieu hostile, car ces produits les rendent insensibles à leurs propres sentiments. Dans une étude, le fait de « vouloir oublier ou évacuer les problèmes » a été signalé comme la principale raison de l'usage de substances chez les enfants en situation de rue. Pour un grand nombre d'entre eux, la pression exercée par le groupe et la nature de leurs emplois ont influé sur leur usage de ces produits.[36]

L'injection de drogues est également signalée chez les jeunes en situation de rue. Une étude transversale réalisée en Ukraine a indiqué que 15 % des enfants vivant dans la rue s'injectaient des drogues. Près de la moitié partageaient les seringues et 75 % étaient sexuellement actifs.[37] Une autre étude, réalisée parmi les enfants des rues au Pakistan, a montré que le cannabis et la colle étaient les drogues le plus couramment consommées par les répondants (80 % et 73 %, respectivement), tandis que 9 % fumaient ou sniffaient de l'héroïne et 4 % se l'injectaient.[38] De même, dans une étude prospective de cohorte canadienne réalisée parmi les jeunes en situation de rue, 43 % des participants ont indiqué s'être injecté des drogues à un moment ou à un autre.[39] Qui plus est, on a constaté qu'une assistance était apportée en matière d'injection au sein d'un sous-groupe de répondants plus vulnérables, à savoir ceux qui étaient

15, no 7 (septembre 2010), p. 443 à 448.

30 Colleen A. Dell, Steven W. Gust et Sarah MacLean, « Global issues in volatile substance misuse », *Substance Use and Misuse*, vol. 46, suppl. no 1 (2011), p. 1 à 7

31 Lonnie Embleton et al., « Knowledge, attitudes, and substance use practices among street children in western Kenya », Substance *Use and Misuse*, vol. 47, no 11 (2012), p. 1234 à 1247.

32 Embleton et al., « The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings ».

33 Yone G. de Moura et al., « Drug use among street children and adolescents: what helps? », *Cadernos Saúde Pública*, vol. 28, no 6 (2012), p. 1371 à 1380.

34 Embleton et al., « The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings ».

35 ONUDC, *Solvent Abuse among Street Children in Pakistan*, publication no UN-PAK/UNODC/2004/1 (Islamabad, 2004).

36 A. Elkoussi et S. Bakheet, « Volatile substance misuse among street children in Upper Egypt », *Substance Use and Misuse*, vol. 46, suppl. no 1 (2011), p. 35 à 39.

37 Joanna R. Busza et al., « Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 65, no 11 (2011), p. 1166 à 1170.

38 Susan S. Sherman et al., « Drug use, street survival, and risk behaviours among street children in Lahore, Pakistan », *Journal of Urban Health*, vol. 82, suppl. no 4 (2005), p. iv113 à iv124.

39 Tessa Cheng et al., « High prevalence of assisted injection among street-involved youth in a Canadian setting », *AIDS and Behaviour*, vol. 20, no 2 (2016), p. 377 à 384.

jeunes et/ou de sexe féminin. Ces répondants étaient plus susceptibles de se faire aider pour s'injecter de la méthamphétamine que de l'héroïne ou de la cocaïne, en raison en particulier du fait que la fréquence quotidienne d'injection de la méthamphétamine aurait été plus forte.

Les sévices sexuels et l'exploitation sexuelle font partie de la vie des enfants en situation de rue et peuvent aussi les pousser à l'usage de substances. Une étude réalisée au Brésil a indiqué que, parmi les enfants en situation de rue, une proportion sensiblement plus forte de garçons (deux tiers) que de filles (un tiers) avait indiqué avoir eu des rapports sexuels au cours de leur vie. Plus de la moitié des répondants ont indiqué être devenus sexuellement actifs avant l'âge de 12 ans. Près de la moitié des répondants avaient eu plus de trois partenaires sexuels au cours de l'année écoulée. Un tiers des enfants avaient eu des rapports sexuels non protégés sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool.[40] En Ukraine, une étude a montré que, parmi les adolescents en situation de rue, près de 17 % des garçons et plus de la moitié des filles avaient eu des rapports sexuels rémunérés ou s'étaient vu imposer des rapports sexuels.[41] L'étude susmentionnée réalisée au Pakistan a montré qu'un peu plus de la moitié des enfants des rues avaient échangé des services sexuels contre de la nourriture, un abri, des drogues ou de l'argent.

Les enfants en situation de rue restent l'un des groupes les plus vulnérables, marginalisés et stigmatisés. Ils sont victimes de maltraitance et de violence et exposés à la consommation de drogues et à d'autres comportements qui leur font courir un risque élevé d'infection par le VIH et la tuberculose, ainsi qu'à d'autres situations, notamment la malnutrition et un état de santé général médiocre. En dépit de ces vulnérabilités, ces enfants sont les plus susceptibles d'être exclus de toute forme d'aide sociale ou des soins de santé qui leur seraient nécessaires pour améliorer leur situation.[42]

40 Fernanda T. de Carvalho et al., « Sexual and drug use risk behaviours among children and youth in street circumstances in Porto Alegre, Brazil », *AIDS and Behaviour*, vol. 10, suppl. no 1 (2006), p. 57 à 66.

41 Busza et al., « Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine ».

42 UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2012 : Les enfants dans un monde urbain (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.12.XX.1)..

La polyconsommation de drogues reste répandue chez les jeunes

Comme pour les adultes, l'une des principales caractéristiques de la consommation de drogues chez les jeunes est l'usage concomitant de plusieurs substances. La polyconsommation reste assez courante chez les personnes qui consomment des drogues à des fins récréatives ou de manière régulière. Toutefois, chez les jeunes adultes, elle est symptomatique de modes plus classiques de consommation de substances multiples, faisant courir un risque accru d'apparition de problèmes à long terme et de conduites à risques inquiétantes liées à des beuveries express ou à une consommation excessive de stimulants comme l'« ecstasy » lors de bringues branchées ou d'autres cadres de ce type.[43]

On peut extraire des données recueillies dans certaines régions et certains pays des exemples de quantités et de combinaisons de substances ordinairement consommées par les jeunes. En Europe, on a signalé une grande diversité de modes de polyconsommation parmi les consommateurs de drogues, allant de la consommation occasionnelle d'alcool et de cannabis à la consommation quotidienne concomitante d'héroïne, de cocaïne, d'alcool et de benzodiazépine.[44] Les combinaisons les plus courantes signalées en Europe font intervenir le tabac, l'alcool et le cannabis, ainsi que l'« ecstasy », la cocaïne, les amphétamines, le LSD ou l'héroïne.

Une enquête nationale réalisée auprès des étudiants brésiliens a montré que le cannabis, les amphétamines, les produits à inhaler, les tranquillisants et les hallucinogènes étaient les cinq types de drogues le plus souvent consommés avec de l'alcool à la fois au cours des 12 mois écoulés et des 30 jours précédents.[45] Il est ressorti de l'enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé réalisée aux États-Unis que la polyconsommation était courante chez les consommateurs actuels d'« ecstasy » âgés de 18 à 29 ans : 44 % d'entre eux avaient consommé au moins trois types de drogues au cours de l'année

43 EMCDDA, La polyconsommation : modèles et réponses (Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2009)..

44 Ibid.

45 Lúcio G. de Oliveria et al., « Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey », *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 35, no 3 (2013), p. 221 à 230.

écoulée.[46] Le cannabis, la cocaïne, les tranquillisants et les opiacés faisaient partie des combinaisons les plus courantes.

La consommation d'héroïne et d'autres opioïdes pose un problème du fait non seulement de la possibilité de contracter des troubles liés à la consommation d'opioïdes, mais aussi du risque accru de problèmes de santé liés à des pratiques d'injection risquées. Au cours de la décennie écoulée, la consommation d'héroïne chez les jeunes a eu tendance à baisser en Amérique du Nord, mais une résurgence récente de la consommation d'opioïdes, ainsi que les risques liés à la polyconsommation, touchent également les jeunes. Une étude qualitative portant sur les jeunes qui s'injectaient de l'héroïne aux États-Unis a montré que le mésusage d'opioïdes de prescription et de tranquillisants était également très répandu parmi eux. Ils faisaient abus de tranquillisants et d'opioïdes de prescription pour remplacer l'héroïne, mais aussi pour augmenter ses effets, gérer les états de manque, voire réduire leur consommation ou les risques liés à l'injection d'héroïne.[47]

Voies menant vers les troubles liés à l'usage de substances

Modèle de développement intégré permettant d'appréhender les voies menant vers l'usage de substances et la consommation nocive de substances

Les personnes qui commencent à faire usage de substances, puis contractent des troubles liés à cet usage passent généralement par une série de phases, qui sont notamment celles du premier usage, de l'accroissement de la consommation, de l'entretien et, finalement, de la dépendance.[48]

[49]Ces voies fluctuent selon que la drogue est consommée ou qu'il est mis fin à cette consommation. Certains groupes de consommateurs peuvent maintenir une consommation modérée pendant des décennies sans jamais l'augmenter. D'autres peuvent passer par des phases intermittentes de renoncement à la drogue, s'abstenir définitivement d'en consommer ou accroître rapidement leur consommation et contracter les troubles liés à l'usage de substances.

L'intelligence des facteurs de risque qui font que les consommateurs expérimentaux s'engagent ou non dans la voie de l'usage nocif de substances est une question qui a contraint les chercheurs et les praticiens à essayer de mieux comprendre et prévoir ces enchaînements de causalités spécifiques et de proposer des interventions appropriées.

Le cadre théorique du « développement écobiologique », qui repose sur l'intégration des sciences comportementales, peut aider à expliquer les voies menant vers l'usage de substances. Dans ce modèle,le comportement humain est considéré comme le fruit de l'« inclusion biologique »[50] de situations liées à l'environnement social et physique.[51] Les caractéristiques individuelles, comme la personnalité et les aspects génétiques, interagissent avec les expériences et les expositions aux facteurs socioenvironnementaux pour influer

46 Katherine M. Keyes, Silvia S. Martins et Deborah S. Hasin, « Past 12-month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 97, nos 1 et 2 (2008), p. 139 à 149

47 E. S. Lankenau et al., « Patterns of prescription drug misuse among young injection drug users », *Journal of Urban Health*, vol. 89, no 6 (décembre 2012).

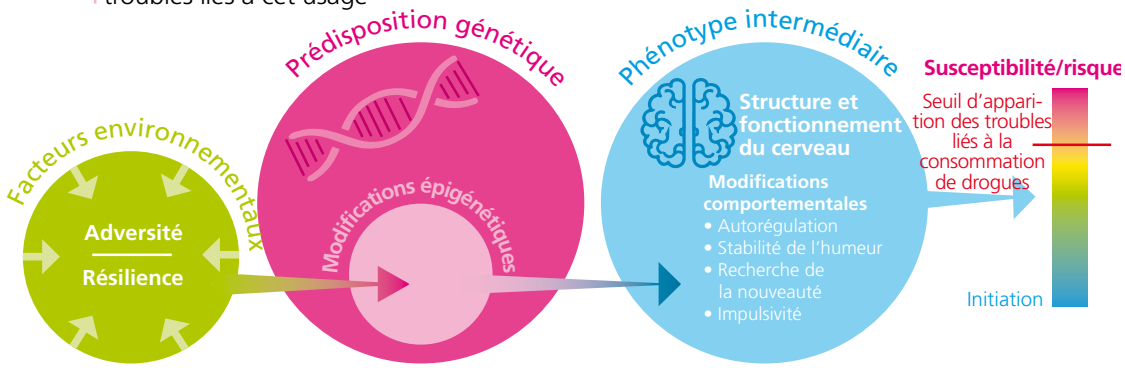
48 Sur la base de la définition de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), la présente section utilise le terme « usage nocif de substances » au lieu du terme « abus de substances » pour désigner un schéma de consommation qui porte atteinte à la santé physique ou mentale. Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de l'American Psychiatric Association appelle « trouble lié à l'usage de substances » les profils de symptômes dérivés de l'usage d'une substance en dépit des problèmes causés par son usage. Selon le nombre des symptômes constatés, le trouble peut aller de modéré à sévère. La documentation scientifique antérieure au DSM-5 fait très souvent référence à l'« abus de substances », que le DSM-4 définissait comme un schéma inadapté d'usage de substances débouchant sur une altération ou une souffrance cliniquement significative, y compris l'usage récidivant de substances nocif ou continu en dépit de la persistance de problèmes sociaux ou interpersonnels. De même, le terme « dépendance » désigne une situation de récidive chronique caractérisée par une recherche compulsive de drogues en dépit de conséquences nocives.

49 Denise B. Kandel (dir. publ.), *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis* (Cambridge, Cambridge University Press, 2002).

50 L'« inclusion biologique » s'entend de la manière dont les expériences personnelles précoces et l'exposition à l'environnement sont « incorporées à la personne »

51 Jack P. Shonkoff et Deborah A. Phillips (dir. publ.), *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development* (Washington, National Academies Press, 2000)

FIG. 8 Facteurs qui déterminent les différentes voies menant vers l'usage de substances et vers les troubles liés à cet usage



La figure 8 montre les deux principales catégories de facteurs de risque d'usage de substances : les gènes et l'environnement. Les variations génétiques ressemblent à des interrupteurs : elles sont activées ou désactivées, mais leur expression est influencée par l'expérience (c'est-à-dire les modifications épigénétiques). Les facteurs environnementaux, eux, ressemblent plutôt à des cadrans dont les graduations se déplacent vers le haut ou vers le bas, là encore en fonction de l'expérience. Les facteurs de risque ou d'adversité sont notamment la maltraitance à enfant, la pauvreté, la pénurie d'équipements scolaires, les familles dysfonctionnelles, la discrimination et le fait d'être le témoin de violences. Les facteurs de résilience ou de protection sont notamment la qualité de l'instruction, du logement, des soins de santé, des liens sociaux et de la parentalité. La combinaison des interrupteurs et des cadrans franchit un seuil de susceptibilité qui, lorsqu'il est principalement négatif, prépare le cerveau à l'usage de substances. La relation fonctionnelle entre les facteurs n'est pas linéaire, ni non plus statique ; elle fluctue tout au long d'une vie. Certains facteurs environnementaux confèrent une résilience et peuvent atténuer les effets des prédispositions génétiques. D'où l'importance cruciale des interventions et pratiques psychosociales s'agissant de déterminer les résultats finals.

directement sur la structure et le fonctionnement du cerveau en développement. [52, 53, 54]

Cette « dépendance vis-à-vis de l'expérience » qui est propre au cerveau implique que la nature des situations auxquelles les individus sont exposés – tant optimales que non optimales – influe sur le comportement qui en découle. Un grand nombre d'expériences positives, à savoir notamment les facteurs de protection que sont le soutien de la famille ou des écoles bien équipées, peuvent renforcer les connexions synaptiques qui président à l'autorégulation, au contrôle des impulsions et à la prise de décisions. En revanche, des contacts négatifs ou funestes peuvent altérer l'aptitude naissante d'un enfant à réguler son comportement et ses émotions.[55, 56] Il s'ensuit que les contacts et les expériences d'un individu pendant sa phase de développement ont des effets différenciés sur les processus sociaux, psychologiques et synaptiques, ainsi que des implications fonctionnelles et comportementales.[57, 58]

Ce cadre prend en compte les facteurs de microniveau directs, tels que la famille, et les facteurs de macroniveau environnants, tels que le quartier, qui influent sur le développement et la prévalence du comportement et le fonctionnement de l'individu.

Si les facteurs en question varient selon les individus, et si aucun facteur ne peut à lui seul provoquer un usage nocif de substances, la présence de facteurs de risque et l'absence de facteurs de protection peuvent former une combinaison décisive qui fait qu'un cerveau est préparé à l'usage de substances ou ne l'est

52 Hirokazu Yoshikawa, Lawrence J. Aber et William R. Beardslee, « The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention », *American Psychologist*, vol. 67, no 4 (2012), p. 272 à 284.

53 Megan M. Sweeney, « Family-structure instability and adolescent educational outcomes: a focus on families with stepfathers », dans *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, Greg J. Duncan et Richard J. Murnane (dir. publ.) (New York, Russell Sage Foundation, 2011), p. 229 à 252.

54 Mary E. O'Connell, Thomas Boat et Kenneth E. Warner (dir. publ.), *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities* (Washington, National Academies Press, 2009).

55 Danya Glaser, « Child abuse and neglect and the brain: a review », *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* vol. 41, no 1 (2000), p. 97 à 116.

56 Bruce S. McEwen et John H. Morrison, « The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course », *Neuron*, vol. 79, no 1 (2013), p. 16 à 29.

57 Susan L. Andersen, « Commentary on the special issue on the adolescent brain: adolescence, trajectories, and the importance of prevention », *Neuroscience and Biobehavioral Review,* vol. 70 (2016), p. 329 à 333.

58 Sara B. Johnson, Jenna L. Riis et Kimberly G. Noble, « State of the art review: poverty and the developing brain », *Pediatrics*, vol. 137, no 4 (2016)

pas. Ce seuil est propre à chaque individu et peut être influencé par des combinaisons diverses et nombreuses de facteurs extérieurs et individuels. Le développement du cerveau est excessivement prompt à réagir aux expériences psychosociales. Ces expériences influencent le développement et le fonctionnement du cerveau et ont des répercussions directes sur la capacité d'autorégulation et, en bout de chaîne, la prédisposition à l'usage de substances. Chez les adolescents, cet usage est d'autant plus préoccupant que l'on sait que les substances à effets psychoactifs ont sur eux un impact beaucoup plus important que sur les adultes. Les différences de réactions aux drogues constatées en fonction de l'âge découlent probablement des différences d'effets pharmacologiques des substances sur des systèmes cérébraux encore en construction. Ces différences peuvent avoir d'importantes conséquences pour les adolescents en accentuant la tendance à augmenter la consommation de drogues et à consommer des types de drogues plus nombreux, ce qui compromet leur neurodéveloppement.

L'évolution et l'impact de la consommation de drogues dans l'enfance et l'adolescence peuvent être caractérisés par trois éléments:

- Les facteurs de risque, qui déterminent la fragilité ou la résilience de l'individu face à la toxicodépendance
- L'impact sanitaire et social de la consommation de drogues sur le développement individuel
- L'impact sur l'individu de la consommation de drogues par les soignants

Facteurs de risque et facteurs de protection

La présente sous-section examine l'association des facteurs de risque individuels, de microniveau et de macroniveau concernant l'usage de substances

FIG. 9 | Facteurs de risque concernant l'usage de substances nocif ou non

FACTEURS DE MACRONIVEAU

Revenu et ressources
- Pauvreté
- Absence de logement, statut de réfugié
- Travail des enfants
- Absence d'accès aux soins de santé

Environnement social
- Normes sociales propices à l'usage de drogues, insuffisance des contrôles informels exercés par la société
- Absence de cohésion sociale, isolement, manque de capital social
- Conflit/guerre
- Exclusion sociale, inégalité, discrimination

Environnement physique
- Délabrement : bâtiments abandonnés, mauvaises conditions de logement
- Troubles de voisinage
- Accès à l'alcool, au tabac, à d'autres drogues et aux armes à feu
- Absence d'accès à des aliments nutritifs
- Exposition à des produits toxiques
- Médias

FACTEURS DE MICRONIVEAU

Facteurs liés à la famille
- Manque d'implication et de surveillance
- Dureté, violence ou négligence des parents
- Modèles négatifs
- Indifférence à l'égard de la condition physique des enfants
- Environnement stressant et chaotique
- Usage de substances par les parents

Facteurs liés à l'environnement scolaire
- Mauvaise qualité de l'éducation préscolaire
- Climat scolaire négatif
- Faible fréquentation scolaire
- Absence de programmes d'éducation à la santé et de prévention en santé
- Manque d'activités parascolaires

Facteurs liés aux pairs
- Pairs antisociaux, modèles d'identification
- Exposition à l'alcool, au tabac, à d'autres drogues, à la violence et à la délinquance
- Absence de surveillance par les parents des relations avec les pairs
- Technologies des médias sociaux

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

Prédispositions génétiques

Santé mentale et traits de caractère
- Recherche de sensations
- Agressivité
- Inattention
- Impulsivité
- Problèmes de santé mentale

Neurodéveloppement
- Retards de langage
- Déficits cognitifs
- Déficiences en matière de prise de décisions et de résolution de problèmes

Réactivité au stress
- Déficits au niveau de la régulation et de la perception des émotions
- Dérèglement des réactions physiologiques
- Capacité d'adaptation limitée

RÉSULTAT PRINCIPAL

Usage de substances et problèmes associés
- Échec scolaire
- Faibles compétences sociales
- Insuffisance de l'autorégulation
- Problèmes de santé mentale
- Mauvaise santé physique

La recherche a constaté que ces facteurs environnementaux contribuent de façon essentielle aux résultats comportementaux finals. Cela dit, ils ne sont pas seuls à intervenir ; ils interagissent avec les caractéristiques individuelles pour modifier les voies menant vers l'usage de substances et leur usage nocif. Les stratégies de prévention doivent donc prendre en compte ces interactions complexes pour choisir les cibles que les programmes et les politiques devront atteindre concernant tout individu, communauté ou population.

nocif ou non en tant que sources de vulnérabilité ou de résilience. Elle décrit également les conséquences d'un éventuel usage de substances pour le développement de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que les multiples incidences de l'usage de substances par les soignants sur le développement de l'enfant et de l'adolescent. Elle vise de bout en bout à présenter, dans le contexte d'un cadre de développement intégré, les données relatives à l'étiologie (étude des causes) de la consommation de drogues chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que les connaissances concernant les conséquences de cette consommation pour ces derniers.

Facteurs de risque individuels

Les caractéristiques d'un individu contribuent de façon importante à déterminer s'il consommera des substances, en viendra à faire un usage nocif de ces substances ou contractera des troubles liés à l'usage de ces substances, ou s'il s'abstiendra d'en faire usage ou renoncera à cette pratique pendant son cycle de développement individuel. Il importe de prendre en compte ces caractéristiques pour trois raisons : a) le fonctionnement neurobiologique, la personnalité, le stress qui se fait jour et les stratégies d'adaptation alimentent la réaction de l'individu aux facteurs sociaux et environnementaux existants, en contribuant aux résultats ; b) on sait que les caractéristiques individuelles permettent de prévoir ou d'atténuer les résultats, car elles interagissent avec les facteurs environnementaux selon des modalités spécifiques et complexes ; et c) il est essentiel de connaître ces caractéristiques pour choisir les interventions de prévention et de traitement les plus susceptibles de profiter à un individu ou un sous-groupe donné. Cette information peut aussi aider à identifier les possibilités de mettre en œuvre, pendant le développement de l'individu, les meilleures stratégies de prévention. On attend des modifications favorables de ces caractéristiques si l'intervention influe positivement sur ses cibles (effet de médiation). Certains traits de caractère ont été associés à des troubles d'externalisation, qui ont été régulièrement impliqués dans l'usage de substances nocif ou non.[59] Ces caractéristiques sont notamment les suivantes : sensibilité avivée aux récompenses, faible contrôle inhibiteur, agressivité et recherche de la nouveauté.[60, 61] Les variations de ces aspects de la personnalité, en particulier de l'impulsivité et de la recherche de nouveauté, peuvent contribuer à l'initiation à l'usage de substances, ainsi qu'au passage du stade de l'usage initial à l'usage intermittent, puis régulier, au passage du stade de l'usage nocif à celui de la dépendance ou addiction, et à la propension à des rechutes à répétition après une période a d'abstinence.[62] Les individus présentant ces caractéristiques recherchent généralement des situations très stimulantes et dangereuses et manifestent moins d'inquiétude à la perspective des conséquences de leur comportement.[63, 64]

Comme les facteurs environnementaux, les facteurs liés à la personnalité ont un impact différencié sur ces comportements complexes selon le stade de développement de l'individu.[65, 66] Le développement normatif de l'adolescent est caractérisé par des niveaux accrus d'impulsivité et de recherche de la nouveauté, dus en partie aux très grandes variations des taux d'hormones qui ont des incidences sur le développement du cerveau et d'autres systèmes. Le sous-groupe d'adolescents qui présente à un niveau particulièrement élevé une combinaison quelconque de ces traits de caractère court un risque accru de faire un usage nocif de substances. Ces caractéristiques peuvent en fait contribuer à une individualisation des effets de renforcement des

59 Irene J. Elkins, Matt McGue et William G. Iacono, « Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse », *Archives of General Psychiatry,* vol. 64, no 10 (2007), p. 1145 à 1152.

60 Michael J. Frank et al., « Genetic triple dissociation reveals multiple roles for dopamine in reinforcement learning », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 104, no 41 (2007), p. 16311 à 16316..

61 Tilmann A. Klein et al., « Genetically determined differences in learning from errors », *Science*, vol. 318, no 5856 (2007), p. 1642 à 1645..

62 Mary J. Kreek et al., « Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction », *Nature Neuroscience*, vol. 8, no 11 (2005), p. 1450 à 1457.

63 Ibid.

64 Didier Jutras-Aswad et al., « Cannabis-dependence risk relates to synergism between neuroticism and proenkephalin SNPs associated with amygdala gene expression: case-control study », *PloS ONE*, vol. 7, no 6 (2012)).

65 James J. Li et al., « Polygenic risk, personality dimensions, and adolescent alcohol use problems: a longitudinal study », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 78, no 3 (2017), p. 442 à 451.

66 Kenneth S. Kendler, Charles O. Gardner et Carol A. Prescott, « Personality and the experience of environmental adversity », *Psychological Medicine*, vol. 33, no 7 (2003), p. 1193 à 1202.

drogues.[67]

Santé comportementale et santé mentale

Selon des données provenant de plusieurs sources, dont l'OMS, la cooccurrence d'un trouble mental et d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive touche des millions de personnes. En particulier, les symptômes d'internalisation, tels que l'état de stress post-traumatique, la dépression et l'angoisse, ainsi que les comportements d'externalisation, tels que les troubles du comportement, le déficit de l'attention avec hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble de la personnalité antisociale et certaines autres maladies mentales, sont fortement et régulièrement corrélés au risque d'usage nocif de substances. [68] Les individus présentant ces troubles sont généralement plus susceptibles de faire usage de substances et de le faire de façon plus précoce que les autres.[69, 70] Les troubles de l'humeur et de l'anxiété, par exemple, doublent le risque de contracter des troubles liés à l'usage de substances.[71]

La présence de troubles mentaux et de troubles du comportement peut exacerber le rôle des schémas de réactivité au stress peu satisfaisants ou inadaptés dans les voies du développement menant vers l'usage de substances. Chez les individus présentant des troubles d'internalisation, les systèmes cérébraux responsables des réactions au stress présentent généralement des niveaux de stimulation supérieurs qui peuvent susciter une tendance à l'automédication des symptômes de l'angoisse et de la dépression.[72] Dans le cas des individus atteints de troubles d'externalisation, les systèmes en question présentent généralement un niveau de stimulation inférieur qui a été associé à une relative indifférence aux conséquences et à un besoin de stimulation supplémentaire.

Une personne présentant des troubles tels qu'un état de stress post-traumatique ou un déficit de l'attention avec hyperactivité a moins de chances de pouvoir réellement relever les défis sociaux, car les fonctions neurocognitives et émotionnelles nécessaires à cette fin se trouvent souvent amoindries par les troubles mentaux.[73]

Certaines des maladies mentales qui peuvent être corrélées à la consommation de drogues se prêtent à une ventilation par sexe, qui fait apparaître des disparités entre les sexes en ce qui concerne le risque d'usage nocif et de toxicodépendance : le trouble de la personnalité antisociale se rencontre plus fréquemment chez les hommes, tandis que les femmes affichent des taux supérieurs de troubles de l'humeur et de l'anxiété.[74] Chez les adolescents comme chez les adultes, les efforts d'autoprise en charge des symptômes de troubles mentaux amplifient le problème de l'usage nocif de substances et ajoutent encore aux difficultés liées à la résistance au traitement des troubles liés à l'usage de ces substances.[75]

Neurodéveloppement et adolescence

On pense qu'une voie menant vers l'usage nocif de substances prend naissance dans une anomalie ou un retard du neurodéveloppement qui serait à la base du problème et des comportements à risque qui précèdent souvent l'usage de substances. Pour appréhender la contribution neurobiologique à l'étiologie de l'usage en question, il importe de décrire les processus de maturation cérébrale qui, tels que la réduction du contrôle inhibiteur et l'accroissement de la sensibilité aux récompenses,

67 Caryn Lerman et Raymond Niaura, « Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence », *Oncogene*, vol. 21, no 48 (2002), p. 7412 à 7420..

68 Tonya D. Armstrong et Jane E. Costello, « Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, no 6 (2002), p. 1224 à 1239

69 Michael D. De Bellis et al., « Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study », *Biological Psychiatry,* vol. 52, no 11 (2002), p. 1066 à 1078.

70 Cynthia L. Rowe et al., « Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 26, no 2 (2004), p. 129 à 140.

71 Susan B. Quello et al., « Mood disorders and substance abuse disorders: a complex comorbidity », *Science and Practice Perspectives*, vol. 3, no 1 (2005), p. 13 à 21.

72 Andrea M. Hussong et al., « An internalizing pathway to alcohol use and disorder », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 25, no 3 (2011), p. 390 à 404.

73 Maria Kovacs et David Goldston, « Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, no 3 (1991), p. 388 à 392.

74 États-Unis, National Institute on Drug Abuse, « Comorbidity: addiction and other mental illnesses », *NIDA Research Report Series*, NIH Publication No. 10-5771 (Washington, 2010).

75 Kristin L. Tomlinson, Sandra Brown et Ana Abrantes, « Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 18, no 3 (2004), p. 160 à 169.

sont à l'œuvre durant l'adolescence et sont liés à l'usage de substances.

L'usage de substances nocif ou non est le résultat d'un processus de développement qui commence pendant la période prénatale et se poursuit jusqu'à ce que l'individu ait atteint l'âge de 25 à 30 ans. Il ressort des données d'enquêtes sur la consommation de drogues que l'initiation à l'usage de substances intervient le plus souvent entre le début et le milieu de l'adolescence et que, pour le sous-groupe d'usagers qui augmentent leur consommation, l'usage de substances atteint son maximum pendant le passage à l'âge adulte.[76] Les nouveaux défis sociaux, tels que la multiplication des décisions autonomes que les adolescents sont amenés à prendre, coïncident – point crucial – avec les changements complexes qui affectent le câblage du cerveau et la connectivité cérébrale tout au long de l'adolescence. Ces changements ont des incidences sur la prise de décisions adaptatives et l'aptitude à l'autorégulation du comportement et des émotions.[77] En fait, comme indiqué plus haut, un certain degré d'impulsivité, de prise de risques et de recherche de sensations est normatif à l'adolescence. Toutefois, un niveau accru de prise de risques peut découler d'une combinaison de circonstances sociales et d'immaturité ou de dérèglement non normatif du neurodéveloppement.

Le développement neurobiologique qui intervient pendant l'adolescence n'est pas instantané, mais progressif.[78] Le cortex préfrontal, c'est-à-dire la partie du cerveau qui regroupe les fonctions exécutives cognitives telles que la prise de décisions, le contrôle des impulsions et la mémoire de travail est encore en construction. Ces fonctions exécutives cognitives visent principalement à mettre les objectifs à long terme à l'abri des tentations offertes par les avantages à court terme qui ont souvent des conséquences négatives.[79] La régulation cognitive préfrontale « descendante » des régions sous-corticales est plus ou moins fonctionnellement déconnectée tout au long de l'adolescence, ce qui fait que les adolescents ont naturellement tendance à réagir à des stimuli émotionnels alors que le contrôle cognitif est encore à peu près inopérant.[80] Par le biais du développement naturel et des stimulations de l'environnement, les connexions entre les régions cérébrales responsables de la régulation cognitive et des stimuli émotionnels se renforcent, ce qui accroît la régulation descendante des systèmes cérébraux émotionnels. [81]

En outre, les circuits cérébraux qui, comme le striatum ventral, sont impliqués dans le traitement des récompenses connaissent une maturation rapide pendant l'adolescence, renforçant la sensibilité aux expériences procurant des récompenses.[82, 83 ,84] Ce phénomène peut jouer un rôle unique dans l'initiation à l'usage de substances dans la période allant du début au milieu de l'adolescence et peut être exagéré dans le sous-groupe qui augmente sa consommation de drogues. L'usage ultérieur de substances peut exacerber la sensibilité aux récompenses déjà avivée de certains adolescents, ce qui accroît les propriétés renforçantes de la drogue consommée.[85] En même temps que cette exacerbation de la sensibilité aux récompenses, l'adolescence apporte au processus de développement une série d'autres caractéristiques dont pâtit le neurodéveloppement et qui peuvent entraîner un dérèglement mesurable des systèmes cérébraux. Ces caractéristiques sont les suivantes:

76 Rachel N. Lipari et al., « Risk and protective factors and estimates of substance use initiation: results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health », NSDUH Data Review (septembre 2017).

77 Scott Marek et al., « The contribution of network organization and integration to the development of cognitive control », *PLoS Biology*, vol. 13, no 12 (2015).

78 B. J. Casey, Rebecca M. Jones et Hare A. Todd, « The adolescent brain », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1124, no 1 (2008), p. 111 à 126.

79 Maria Kharitonova et Yuko Munakata, « The role of representations in executive function: investigating a developmental link between flexibility and abstraction », *Frontiers in Psychology*, vol. 2, art. 347 (2011).

80 Leah H. Somerville et B. J. Casey, « Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems », *Current Opinion in Neurobiology*, vol. 20, no 2 (2010), p. 236 à 241.

81 Nim Tottenham, Hare A. Todd et B. J. Casey, « Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood », *Frontiers in Psychology*, vol. 2, art. 39 (2011).

82 A. Padmanabhan et al., « Developmental changes in brain function underlying the influence of reward processing on inhibitory control », *Developmental Cognitive Neuroscience*, vol. 1, no 4 (2011), p. 517 à 529.

83 C. F. Geier et al., « Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence », *Cerebral Cortex*, vol. 20, no 7 (2010), p. 1613 à 1629.

84 Somerville et Casey, « Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems ».

85 Michael E. Hardin et Monique Ernst, « Functional brain imaging of development-related risk and vulnerability for substance use in adolescents », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 3, no 2 (2009), p. 47 à 54.

- Une tendance plus importante à la recherche de sensations et de la nouveauté
- Puberté précoce et taux d'hormones erratiques
- Facteurs environnementaux nocifs tels que le stress, l'adversité, la maltraitance et autres
- expériences négatives[86]

Exposition au stress et réactivité physiologique

Le stress est un dénominateur commun important des aspects neurobiologiques, physiologiques, psychologiques et environnementaux qui vulnérabilisent à l'usage de substances, à l'escalade dans l'usage de substances, aux rechutes et à la résistance au traitement.

Indépendamment de l'origine du retard ou de l'insuffisance du neurodéveloppement, le déséquilibre entre les exigences sociales et les systèmes neurobiologiques en gestation pendant l'adolescence peut entraîner une vulnérabilité accrue à l'usage de substances et un passage à un usage nocif de ces substances. Cette constatation a des incidences directes sur la conception des volets des interventions qui ciblent cette période du développement.

Source : B. J. Casey et R. M. Jones, « Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* vol. 49, no 12 (décembre 2010).

De nombreuses études ont montré les associations entre des niveaux accrus de stress émotionnel et physiologique et des baisses de contrôle comportemental, des niveaux plus élevés d'impulsivité et des niveaux élevés de comportements inadaptés.[87 88, 89] On dispose de nombreuses données attestant le rôle du stress dans les voies menant vers l'usage de substances. [90,]

Le stress correspond à des processus de perception, évaluation et réaction à des événements ou situations extérieurs nocifs, menaçants ou éprouvants appelés « stresseurs », tels que la pauvreté, les expositions prénatales, la maltraitance à enfant, le divorce et le deuil.

Source : A. Levine et al., « Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine », *Science Translational Medicine*, vol. 3, no 107 (novembre 2011).

[91] En particulier, on observe une corrélation étroite entre une petite enfance difficile et un risque accru d'usage de substances, d'usage nocif de celles-ci et de toxicodépendance.[92] Cette corrélation fondamentale découle clairement des résultats de l'étude sur les expériences d'enfance difficile, comme le montre le tableau 2.[93 94, 95] Ces conclusions permettent de penser que le développement de la petite enfance plante le décor de la réponse à l'initiation à l'usage de substances en fournissant des réponses biologiques, psychologiques et sociales cruciales à cette initiation.

Comme tous les facteurs de risque, l'exposition au stress a des effets différenciés sur le fonctionnement social, psychologique et neuronal et, de là, sur le risque d'usage de substances nocif ou non, selon le sexe, les vulnérabilités génétiques et le stade de développement auquel l'exposition intervient.[96,97] En ce qui concerne les différences entre les sexes, non seulement les filles signalent un plus grand nombre

86 Laurence Steinberg, « A dual systems model of adolescent risk-taking », *Developmental Psychobiology,* vol. 52, no 3 (2010), p. 216 à 224.

87 Jumi Hayaki et al., « Adversity among drug users: relationship to impulsivity », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 7778, no 1 (2005), p. 65 à 71.

88 Barbara Greco et Mirjana Carli, « Reduced attention and increased impulsivity in mice lacking NPY Y2 receptors: relation to anxiolytic-like phenotype », *Behavioural Brain Research*, vol. 169, no 2 (2006), p. 325 à 334.

89 Martin Hatzinger et al., « Hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) activity in kindergarten children: importance of gender and associations with behavioral/emotional difficulties », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 41, no 10 (2007), p. 861 à 870.

90 Hanie Edalati et Marvin D. Krank, « Childhood maltreatment and development of substance use disorders: a review and a model of cognitive pathways », *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 17, no 5 (2016), p. 454 à 467.

91 Christine M. Lee, Clayton Neighbors et Briana A. Woods, « Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana », *Addictive Behaviors*, vol. 32, no 7 (2007), p. 1384 à 1394.

92 Shanta R. Dube et al., « Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study », *Pediatrics*, vol. 111, no 3 (2003), p. 564 à 572.

93 Daniel P. Chapman et al., « Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood », *Journal of Affective Disorders*, vol. 82, no 2 (2004), p. 217 à 225.

94 Dube et al., « Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use ».

95 Robert F. Anda et al., « Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients », *BMC Public Health*, 4 juin 2008.

96 Kendler, Gardner et Prescott, « Personality and the experience of environmental adversity ».

97 Susan L. Andersen et Martin H. Teicher, « Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 33, no 4 (2009), p. 516 à 524

d'événements négatifs au cours de leur adolescence que les garçons, mais elles sont aussi plus susceptibles de faire l'expérience de stresseurs interpersonnels et d'en être perturbées.[98] Par exemple, l'état de stress post-traumatique précède souvent la consommation et l'usage nocif de drogues chez les filles, alors que, chez les garçons, il suit plus fréquemment l'usage nocif de substances, ce qui pourrait indiquer que les femmes sont plus susceptibles de choisir l'automédication de leurs symptômes, tandis que les hommes sont peut-être plus susceptibles d'être traumatisés par les situations à risque associées à l'usage nocif de substances.[99] De même, les femmes courent un risque plus élevé d'usage nocif de substances après avoir été exposées aux stresseurs de la violence et de l'alcoolisme intrafamiliaux.[100] Ces conclusions et bien d'autres encore font apparaître des différences selon le sexe en ce qui concerne l'exposition à un traumatisme et au stress et le vécu de ces expériences, ainsi que l'incidence différenciée du sexe sur les schémas d'usage de substances, et invitent à prendre en considération les sexospécificités dans la recherche étiologique et la mise en place d'une intervention de prévention ou d'un plan de traitement.

La recherche montre que le stress vécu pendant la petite enfance prédispose les individus à faire usage de substances par la suite car les stresseurs ont un impact sur des systèmes neurophysiologiques immatures. À l'adolescence, lorsque ces systèmes en formation deviennent de plus en plus fonctionnels, le dommage est exprimé par un risque accru de psychopathologie. [101] De même, des niveaux de stress plus élevés ont des incidences sur les contrôles comportementaux et cognitifs déjà affaiblis des adolescents.[102,103] L'exposition au stress perturbe les systèmes hormonaux et physiologiques qui régulent ces fonctions, altérant des fonctions comme l'apprentissage, la mémoire et la prise de décisions qui appuient normalement l'autorégulation du comportement[104, 105, 106] Ces réponses biologiques au stress mettent en jeu les mêmes systèmes neuronaux qui sont à la base des effets de renforcement positifs des drogues,[107] ce qui peut conforter les comportements toxicomaniaques. Il s'ensuit que la toxicomanie peut se présenter comme une réponse inadaptée à des expériences stressantes. Il est indispensable de tenir compte du risque accru d'usage de substances chez les jeunes qui ont vécu dans leur petite enfance des expériences de stress afin d'orienter les efforts visant à la fois à prévenir l'exposition à l'usage de substances et à neutraliser les conséquences négatives que cet usage peut avoir par la suite.

TABLEAU 2 Estimations du risque attribuable dans la population d'expériences d'enfance difficile, pour certains résultats chez les femmes

Risque attribuable dans la population d'expériences d'enfance difficile	Usage de substances
65%	Alcoolisme
50%	Consommation nocive de drogues
78%	Toxicomanie par injection

On observe une corrélation étroite entre une petite enfance difficile et un risque accru d'usage de substances, d'usage nocif de celles-ci et de toxicodépendance. La consommation de drogues peut survenir en tant que réponse inadaptée à des expériences stressantes.

98 Xiaojia Ge et al., « Parents' stressful life events and adolescent depressed mood », *Journal of Health and Social Behavior,* vol. 35, no 1 (1994), p. 28 à 44

99 Eva Y. Deykin et Stephen L. Buka, « Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents », *American Journal of Psychiatry,* vol. 154, no 6 (1997), p. 752 à 757

100 Stephen T. Chermack, Brett E. Fuller et Frederic C. Blow, « Predictors of expressed partner and non-partner violence among patients in substance abuse treatment », *Drug & Alcohol Dependence*, vol. 158, nos 1 et 2 (2000), p. 43 à 54.

101 Andersen et Teicher, « Desperately driven and no brakes ».

102 Susan L. Andersen et Martin H. Teicher, « Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression », *Trends in Neurosciences*, vol. 31, no 4 (2008), p. 183 à 191

103 Rajita Sinha, « How does stress increase risk of drug abuse and relapse? », *Psychopharmacology,* vol. 158, no 4 (2001), p. 343.

104 Gerald Heuther, « Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood », *International Journal of Developmental Neuroscience*, vol. 16, nos 3 et 4 (juin/juillet 1998), p. 297 à 306

105 William R. Lovallo et al., « Lifetime adversity leads to blunted stress axis reactivity: studies from the Oklahoma family health patterns project », *Biological Psychiatry,* vol. 71, no 4 (2012), p. 344 à 349

106 C. A. Nelson et L. J. Carver, « The effects of stress and trauma on brain and memory: a view from developmental cognitive neuroscience », *Development and Psychopathology*, vol. 10, no 4 (1998), p. 793 à 809.

107 George F. Koob et Michel Le Moal, « Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation », *Science*, vol. 278, no 5335 (1997), p. 52 à 58.

Épigénétique, variations génétiques et réponse aux facteurs sociaux

Les variations génétiques contribuent à définir la réponse d'un individu aux facteurs sociaux existants ; on considère que les facteurs génétiques de la propension à l'usage de substances et aux troubles liés à cet usage sont le produit de l'interaction de caractéristiques individuelles et de facteurs environnementaux, les expositions au stress ayant un impact particulier.[108] Au cœur de l'interaction des gènes et de l'environnement, on trouve les modifications épigénétiques qui se produisent au niveau de l'activité génétique répondant aux modifications de l'environnement. Les expériences négatives, en particulier dans la petite enfance, peuvent modifier l'expression ou la suppression génétique, ce qui a d'importantes conséquences pour l'impact du phénotype sur les hormones de stress et le comportement.[109] Le changement continu de l'environnement peut encore modifier, pour le meilleur et pour le pire, les processus épigénétiques, contribuant à expliquer les différences individuelles de réponse au stress ainsi que la possibilité d'un changement positif de l'environnement, par exemple par le biais d'une intervention destinée à annuler des modifications négatives antérieures. Comme indiqué à propos du « modèle conceptuel » (fig. 8, p, tous les individus exposés au stress ou à un traumatisme n'auront pas de réponses physiologiques et psychologiques inadaptées au stress qui aient des incidences sur l'usage de substances nocif ou non.

Si les gènes n'augmentent pas le risque d'usage nocif ou non de certaines substances, on sait qu'ils ont des incidences sur les systèmes neurobiologiques et les caractères phénotypiques qui influencent plus directement les voies menant vers l'usage ou le retour à l'abstinence de substances. Ces systèmes et caractères interagissent fondamentalement avec les épisodes de stress qui, lorsqu'ils sont répétés ou sévères, peuvent nuire de façon marquée et durable au développement des systèmes neuronaux qui président au fonctionnement social, comportemental, cognitif et émotionnel.[110, 111]

Facteurs de microniveau

On ne saurait comprendre ou traiter l'usage de substances chez les jeunes sans appréhender le contexte social dans lequel les individus grandissent, se développent et communiquent. Les facteurs contextuels qui peuvent varier d'une culture à l'autre peuvent accentuer d'une façon différente selon le sexe les liens entre l'éducation des enfants et la famille, l'influence exercée par les pairs, la survenue de la puberté et les effets de problèmes tels que l'usage de substances. Dans la présente sous-section, on prend en considération à la fois les facteurs de susceptibilité qui influent sur les comportements à problème et les conditions environnementales qui peuvent protéger les individus contre les résultats négatifs.

> Les différences de susceptibilité à l'usage nocif de substances sont liées à l'interaction complexe de facteurs génétiques, environnementaux et épigénétiques dont les individus ont une expérience dynamique

Éducation des enfants et fonctionnement de la famille

La manière dont les parents élèvent leurs enfants et le milieu familial exercent une influence profonde sur le développement du jeune enfant dans de multiples domaines de fonctionnement.[112] On ne saurait, par exemple, sous-estimer le poids de l'influence des parents sur l'usage de substances.[113] Une éducation sévère, restrictive, incohérente, hostile et/ou hautement conflictuelle peut souvent avoir des répercussions

108 Mary-Anne Enoch, « The influence of gene-environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence », *Current Psychiatry Reports*, vol. 14, no 2 (2012), p. 150 à 158.

109 Moshe Szyf et al., « The dynamic epigenome and its implications for behavioral interventions: a role for epigenetics to inform disorder prevention and health promotion », *Translational Behavioral Medicine*, vol. 6, no 1 (2016), p. 55 à 62.

110 Robin Davidson, « Can psychology make sense of change? », dans Addiction: Processes of Change, Griffith Edwards et Malcom H. Lader (dir. publ.), *Society for the Study of Addiction Monograph* No. 3 (New York, Oxford University Press, 1994).

111 Pia Pechtel et Diego A. Pizzagalli, « Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature », *Psychopharmacology*, vol. 214, no 1 (2011), p. 55 à 70.

112 États-Unis, National Research Council et Institute of Medicine of the National Academies, *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities,* Mary E. O'Connell, Thomas Boat et Kenneth E. Warner (dir. publ.) (Washington, National Academies Press, 2009).

113 Melissa A. Lippold et al., « Unpacking the effect of parental monitoring on early adolescent problem behavior: mediation by parental knowledge and moderation by parent-youth warmth », *Journal of Family Issues*, vol. 35, no 13 (2014), p. 1800 à 1823.

Les enfants recevant une éducation défectueuse sont deux à quatre fois plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale et physique que ceux que leurs parents élèvent d'une manière conforme aux normes.

Source : T. I. Herrenkohl et al., « Family influences related to adult substance use and mental health problems: a developmental analysis of child and adolescent predictors », Journal of Adolescent Health, vol. 51, no 2 (février 2012), p. 129 à 135.

négatives sur le comportement des enfants.[114]

Lorsqu'il débouche sur la maltraitance, le défaut de soins et la violence familiale, en particulier, le comportement parental menace chaque aspect du développement des enfants. La qualité de l'éducation interagit avec des facteurs tels que le bien-être psychologique, l'exposition au stress et le soutien social pour prévoir les comportements antisociaux en général ainsi que l'usage de substances et les troubles liés à cet usage.[115]

Les parents peuvent aggraver le risque d'usage de substances dès la première enfance, en particulier dans le cas des nourrissons au tempérament « difficile ». Ces signes précoces se manifestent souvent sous forme d'irritabilité, de pleurs fréquents, de retrait d'affection, de troubles du sommeil et de l'alimentation, et d'impossibilité de se calmer. Ces problèmes ont très souvent pour origine des processus génétiques, congénitaux et prénatals.[116] Les nourrissons au tempérament difficile à gérer peuvent susciter des réactions négatives telles que le rejet, des pratiques inefficaces, une discipline sévère, la maltraitance ou l'usage de substances par les soignants. L'une quelconque de ces réactions peut aggraver ce processus de développement.[117] Les conséquences d'un tel scénario peuvent être particulièrement graves en cas de dysfonctionnement ou de difficulté préexistant chez les soignants, tels qu'une maladie mentale, un usage nocif de substances, un comportement antisocial ou la pauvreté.[118, 119] En outre, les enfants plus « difficiles » peuvent provoquer des réactions plus dures et moins efficaces même de la part de personnes disposant des ressources psychologiques ou physiques nécessaires pour faire face aux problèmes et aux besoins particuliers de leur enfant. Une fois que la relation soignant-enfant est tendue, il y a souvent moins de chaleur, d'affection et de capacité d'adaptation, ce qui aggrave encore le risque de comportements inadaptés de l'enfant. En résumé, les réponses de l'enfant suscitent des réactions prévisibles de la part du milieu social, ces réactions venant renforcer ou neutraliser celles de l'enfant et, ce faisant, contribuer à un changement supplémentaire de réactions de la part tant du milieu social que de l'enfant. Cet enchaînement d'« actions-réactions » fait courir à l'enfant un risque accru d'inadaptation sociale et de comportements à risque à long terme. Toutefois, au lieu de remplacer un comportement par un autre en fonction de l'évolution des conditions socioenvironnementales, les comportements tendent à se diversifier et peuvent, à mesure que le temps passe, renforcer, affaiblir ou inverser la voie du développement.

Outre l'éducation, divers aspects du milieu familial peuvent influencer le comportement d'usage de substances ultérieur d'un enfant, comme les caractéristiques structurelles, la cohésion familiale, la communication au sein de la famille et la gestion-familiale.[120] Les processus familiaux qui sont généralement les plus hostiles sont ceux qui sont marqués par des niveaux élevés d'exposition au stress

114 Anne E. Barret et R. Jay Turner, « Family structure and mental health: the mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, no 2 (2005), p. 156 à 169

115 Benjamin J. Hinnant, Stephen A. Erath et Mona El-Sheikh, « Harsh parenting, parasympathetic activity, and development of delinquency and substance use », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 124, no 1 (2015), p. 137 à 151.

116 Lyndall Schumann et al., « Persistence and innovation effects in genetic and environmental factors in negative emotionality during infancy: a twin study », *PLoS ONE*, vol. 12, no 4 (2017)

117 Kerry Lee, Rebecca Bull et Ringo M. Ho, « Developmental changes in executive functioning », *Child Development*, vol. 84, no 6 (2013), p. 1933 à 1953.

118 Thomas G. O'Connor et al., « Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: a common genetic liability », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 107, no 1 (1998), p. 27 à 37

119 Thomas G. O'Connor et al., « Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting », *Developmental Psychology*, vol. 34, no 5 (1998), p. 970 à 981.

120 Richard D. B. Velleman, Lorna J. Templeton et Alex G. Copello, « The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people », *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, no 2 (2005), p. 93 à 109.

et de contrainte.[121] De plus, on a constaté que les adolescents de familles monoparentales étaient davantage portés à faire usage de substances, ce qui cadre avec les études signalant que les familles biparentales offrent une meilleure protection contre cette pratique.[122] Cette conclusion pourrait découler de l'absence au foyer d'une personne protectrice supplémentaire qui pourrait prémunir l'enfant contre l'exposition au stress et les conséquences d'un manque de surveillance.

L'éducation et le milieu familial restent importants lorsque les adolescents commencent à disposer d'une plus grande autonomie et de davantage de possibilités s'agissant d'adopter des comportements prosociaux ou des comportements à risque[123] Un milieu familial désordonné, une éducation inefficace et le manque d'affection mutuelle, en particulier, ne laissent pas d'avoir des répercussions sur la situation générale de l'enfant[124] Les filles peuvent souffrir plus particulièrement d'un tel scénario, car elles sont généralement plus sensibles aux problèmes familiaux et relationnels.[125, 126] Chez elles, la susceptibilité au stress et aux problèmes de santé mentale, notamment à une initiation précoce à l'usage de substances et à un usage nocif de celles-ci, ainsi qu'à d'autres comportements à risque, pourrait s'en trouver renforcée.

Les capacités de régulation que les enfants ont besoin d'acquérir pour résister à l'usage de substances et à d'autres comportements négatifs sont inculquées de très bonne heure, ce qui donne à penser qu'un milieu familial favorable (cohésion familiale, communication au sein de la famille et gestion familiale) offre une protection contre les résultats négatifs, notamment l'usage de substances.

121 Barret et Turner, « Family structure and mental health ».

122 Gunilla R. Weitoft et al., « Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study », *Lancet*, vol. 361, no 9354 (2003), p. 289 à 295..

123 Monique Ernst et Sven C. Muller, « The adolescent brain: insights from functional neuroimaging research », *Developmental Neurobiology*, vol. 68, no 6 (2008), p. 729 à 743.

124 Kristen W. Springer et al., « Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large populationbased sample of men and women », *Child Abuse and Neglect,* vol. 31, no 5 (2007), p. 517 à 530.

125 Jennifer Connolly et al., « Conceptions of cross-sex friendships and romantic relationships in early adolescence », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 28, no 4 (1999), p. 481

126 Eleanor E. Maccoby, *The Two Sexes: Growing Up Apart, Coming Together* (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1999).

Écoles et possibilités d'éducation

La qualité du milieu scolaire, des enseignants, des programmes d'études et des réseaux sociaux des élèves à l'école est un facteur de socialisation majeur en ce qui concerne l'apprentissage et le comportement de ces derniers.[127, 128] À un niveau très élémentaire, la non-fréquentation scolaire due à l'absentéisme, à la suspension ou à l'expulsion augmente le risque de résultats médiocres à de multiples niveaux ; l'absentéisme chronique peut être particulièrement problématique dans le cas des enfants ayant des problèmes d'autorégulation.[129] De plus, des enseignants non qualifiés, des méthodes d'enseignement peu efficaces et la mauvaise qualité des programmes d'études créent des risques supplémentaires importants, qui sont des facteurs d'échec scolaire.[130, 131] Dans ces conditions, l'impossibilité d'acquérir une bonne instruction et le fait que la gestion des classes laisse à désirer débouchent sur de faibles niveaux de fonctionnement cognitif, de faibles compétences sociales, des niveaux de stress élevés ainsi que l'impression de ne pas être à la hauteur et un sentiment d'échec,[132] qui sont tous associés au risque d'usage de substances. L'absence d'accompagnement pédagogique suffisant et/ou de programmes scolaires ciblés, les troubles de l'apprentissage et les problèmes de santé mentale aggravent encore le risque d'usage de substances nocif ou non.[133] Sur le long terme, la médiocrité de l'instruc-

127 Lyndal Bond et al., « Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes », *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, no 4 (2007), p. 357.e9 à 357.e18.

128 H. Harrington Cleveland et Richard P. Wiebe, « Understanding the association between adolescent marijuana use and later serious drug use: gateway effect or developmental trajectory? », *Development and Psychopathology,* vol. 20, no 2 (2008), p. 615 à 632

129 Christine A. Christle, Kristine Jolivette et C. Michael Nelson, « Breaking the school to prison pipeline: identifying school risk and protective factors for youth delinquency », *Exceptionality*, vol. 13, no 2 (2005), p. 69 à 88.

130 Ibid.

131 L. Darling-Hammond, « How teacher education matters », *Journal of Teacher Education*, vol. 51, no 3 (2000), p. 166 à 173.

132 Patrice L. Engle et Maureen M. Black, « The effect of poverty on child development and educational outcomes », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1136, no 1 (2008), p. 243 à 256.

133 Michael J. Mason et Jeremy Mennis, « An exploratory study of the effects of neighborhood characteristics on adolescent substance use », *Addiction Research and Theory,* vol. 18, no 1

tion reçue rend incapable d'être compétitif sur le marché de l'emploi et d'obtenir un emploi bien rémunéré,[134] acteurs également associés à un usage de substances ultérieur.

Le rôle important joué par le lien avec l'école est un autre des facteurs scolaires. La recherche montre que les jeunes sont plus susceptibles d'être atteints de troubles mentaux et de faire usage de substances au début de leur scolarité secondaire, lorsqu'ils signalent leur peu d'intérêt pour l'école et l'existence de conflits interpersonnels.[135, 136]

L'intérêt d'un enfant pour l'école apparaît comme un facteur de résilience (un facteur de protection), montrant que des enseignants efficaces et bien disposés à l'égard des enfants, des programmes d'études reposant sur des informations factuelles et le renforcement scolaire peuvent contribuer d'une façon importante à prévenir l'usage de substances.

Pression exercée par le groupe et usage de substances

On relève une corrélation étroite entre l'usage de substances chez les adolescents et leurs contacts avec des camarades qui en font déjà usage. La recherche montre que d'autres adolescents constituent une source unique d'accès aux drogues, de renforcement et d'occasions de consommer des drogues. [137, 138, 139] Les adolescents tendent à afficher des comportements, attitudes et traits de caractère analogues à ceux de leurs amis.[140] Les études donnent à penser que les adolescents qui choisissent des amis qui font usage de substances pourraient être différents des autres. D'autre part, la qualité de l'amitié semble devoir être prise en compte lorsqu'il s'agit de déterminer la mesure dans laquelle un individu peut être influencé par un ami : un adolescent peut accorder une plus grande importance à une relation de qualité et, à ce titre, être plus enclin à modifier son comportement de façon à faire plaisir à son ami. Les amis intimes peuvent passer plus de temps ensemble, d'où davantage de possibilités d'imitation d'un comportement à risque. L'une des façons dont les pairs semblent s'influencer mutuellement est liée à l'idée d'« ignorance pluraliste »,[141] selon laquelle la conviction générale que les individus qui font usage de substances sont plus nombreux qu'ils ne le sont effectivement peut les amener à faire eux-mêmes usage de substances.[142, 143] Inversement, ceux qui pensent que l'usage de substances aura des conséquences délétères sont moins susceptibles de s'y initier.[144] Par ailleurs, il semble que, chez les filles, l'usage de substances, lorsqu'il est influencé par les camarades, le soit selon des modalités spécifiques. Par exemple, elles sont plus susceptibles aux pressions sociales lorsque la source en est un ami ou un partenaire.[145] D'autre part, les filles manifestent généralement une plus grande sensibilité à l'approbation de leurs camarades, à la dépression et à l'image du corps, toutes interdépendantes et pouvant augmenter le risque d'usage de substances.[146] La puberté précoce chez

(2010), p. 33 à 50.

134 Frances A. Campbell et al., « Early childhood education: young adult outcomes from the Abecedarian project », *Applied Developmental Science*, vol. 6, no 1 (2002), p. 42 à 57.

135 Bond et al., « Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes »

136 Richard F. Catalano et al., « Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs », *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* vol. 591, no 1 (2004).

137 Deirdre M. Kirke, « Chain reactions in adolescents' cigarette, alcohol, and drug use: similarity through peer influence or the patterning of ties in peer networks? », *Social Networks*, vol. 26, no 1 (2004), p. 3 à 28.

138 Bruce G. Simons-Morton et Tilda Farhat, « Recent findings on peer group influences on adolescent smoking », *Journal of Primary Prevention*, vol. 31, no 4 (2010), p. 191 à 208.

139 Kathryn A. Urberg et al., « A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence », *Addictive Behaviors*, vol. 28, no 7 (2003), p. 1243 à 1256.

140 Ibid.

141 Deborah A. Prentice et Dale T. Miller, « Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: some consequences of misperceiving the social norm », *Journal of Personality and Social Psychology,* vol. 64, no 2 (1993), p. 243 à 256.

142 Mitchell J. Prinstein et Shriley S. Wang, « False consensus and adolescent peer contagion: examining discrepancies between perceptions and actual reported levels of friends' deviant and health risk behaviors », *Journal of Abnormal Child Psychology,* vol. 33, no 3 (2005), p. 293 à 306.

143 Sarah L. Tragesser, Patricia A. Aloise-Young et Randall C. Swaim, « Peer influence, images of smokers, and beliefs about smoking among preadolescent nonsmokers », *Social Development*, vol. 15, no 2 (2006), p. 311 à 325.

144 National Centre on Addiction and Substance Abuse, Columbia University, *Adolescent Substance Use: America's #1 Public Health Problem* (New York, juin 2011).

145 Vera Frajzyngier et al., « Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 89, nos 2 et 3 (2007), p. 145 à 152.

146 Steven P. Schinke, Lin Fang et Kristin C. A. Cole, « Substance use among early adolescent girls: risk and

les filles peut aussi jouer un rôle ; par exemple, les filles précoces sont plus susceptibles de passer du temps avec des hommes plus âgés qu'elles, lesquels sont enclins à prendre des risques et à les initier à l'usage de substances.[147, 148] L'apparition de la puberté, en particulier chez les filles, est également associée à une augmentation des conflits entre parents et adolescents à propos de questions telles que le choix des amis ou des petits amis et de l'infléchissement des attentes comportementales,[149, 150, 151] pouvant donner lieu à de nouveaux problèmes de comportement, à une exposition à la déviance des pairs et à des comportements sexuels à risque.[152] De plus, le fait d'habiter dans un quartier défavorisé semble aggraver encore l'influence des pairs pour les deux sexes.[153, 154]

Facteurs de macroniveau

Le quartier, l'environnement physique et les médias

Les conditions sociales existant dans les quartiers ont des répercussions majeures sur le risque d'usage de substances dans la mesure où elles déterminent les normes sociales, font prévaloir certains schémas de contrôle social, influent sur la perception du risque d'usage de substances et ont des incidences sur les réactions psychologiques et physiologiques au stress.[155] L'un des aspects de l'influence du quartier, la cohésion sociale, est un indicateur d'attachement et de satisfaction à l'égard du quartier et de ses habitants qui met en jeu la confiance et l'entraide des membres de la communauté concernée.

On a émis l'opinion que des niveaux élevés de cohésion sociale sont associés à des niveaux inférieurs d'usage de substances chez les adolescents, à un plus petit nombre de problèmes de drogues constatés chez les jeunes et à une réduction du nombre de décès dus à la drogue.[156] La mesure dans laquelle le quartier est perçu comme désorganisé ou désordonné ou se caractérise par le vandalisme, des bâtiments et terrains abandonnés, les graffiti, le bruit et la saleté peut aussi influencer les niveaux d'usage de substances chez les adolescents. Le contexte du quartier s'est révélé particulièrement déterminant pour les jeunes vivant dans des zones urbaines à faible revenu en raison du niveau important d'exposition aux activités liées au trafic de drogues, au désordre et à la violence dans leurs quartiers, réalités qui peuvent toutes influer sur l'usage de substances chez les jeunes.[157, 158] De nombreux aspects de l'agencement physique de l'environnement peuvent également nuire au développement général et aux relations sociales des jeunes et les amener à commettre des

protective factors », *Journal of Adolescent Health*, vol. 43, no 2 (2008), p. 191 à 194

147 David Magnusson et L. R. Bergman, « A pattern approach to the study of pathways from childhood to adulthood », dans *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*, Lee N. Robins et Michael Rutter (dir. publ.) (Cambridge, Cambridge University Press, 1990), p. 101 à 115.

148 Karina Weichold, Rainer K. Silbereisen et Eva Schmitt-Rodermund, « Short-term and long-term consequences of early versus late physical maturation in adolescents », dans Gender Differences at Puberty, Chris Hayward (dir. publ.), *Cambridge Studies on Child and Adolescent Health Series* (New York, Cambridge University Press, 2003), p. 241 à 276.

149 Xiaojia Ge, Rand D. Conger et Glen H. Elder Jr., « Coming of age too early: pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress », Child Development, vol. 67, no 6 (1996), p. 3386 à 3400.

150 Roberta L. Paikoff et Jeanne Brooks-Gunn, « Do parent-child relationships change during puberty? », *Psychological Bulletin*, vol. 110, no 1 (1991), p. 47 à 66.

151 Lynda M. Sagrestano et al., « Pubertal development and parent-child conflict in low-income, urban, African American adolescents », *Journal of Research on Adolescence*, vol. 9, no 1 (2010), p. 85 à 107.

152 Dana L. Haynie, « Contexts of risk? Explaining the link between girls' pubertal development and their delinquency involvement », *Social Forces*, vol. 82, no 1 (2003), p. 355 à 397.

153 Xiaojia Ge et al., « It's about timing and change: pubertal transition effects on symptoms of major depression among African American youths », *Developmental Psychology*, vol. 39, no 3 (2003), p. 430 à 439.

154 Dawn Obeidallah et al., « Links between pubertal timing and neighborhood contexts: implications for girls' violent behaviour », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, no 12 (2004), p. 1460 à 1468.

155 Elvira Elek, Michelle Miller-Day et Michael L. Hecht, « Influences of personal, injunctive, and descriptive norms on early adolescent substance use », *Journal of Drug Issue*s, vol. 36, no 1 (2006), p. 147 à 172.

156 Peter Anderson et Ben Baumberg, *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective* (Londres, Institute of Alcohol Studies, 2006).

157 Anne Buu et al., « Parent, family, and neighborhood effects on the development of child substance use and other psychopathology from preschool to the start of adulthood », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, no 4 (2009), p. 489 à 498.

158 Sharon F. Lambert et al., « The relationship between perceptions of neighborhood characteristics and substance use among urban African American adolescents », *American Journal of Community Psychology*, vol. 34, nos 3 et 4 (2004), p. 205 à 218

Des bâtiments délabrés et abandonnés, l'accès facile à l'alcool et à d'autres drogues, l'urbanisation et la pauvreté de certains quartiers sont associés à la drogue, à la criminalité, à la violence et aux accidents.

infractions et à faire usage de substances.[159, 160]

Un niveau élevé d'exposition à des substances toxiques telles que les métaux lourds, l'alcool in utero, le plomb, le cadmium, le mercure, le manganèse ou l'arsenic est un autre aspect de l'environnement physique qui peut nuire au développement général. Pendant la période prénatale et la première enfance, une telle exposition s'est avérée fortement et régulièrement corrélée à des déficits fonctionnels comme le dysfonctionnement cognitif et les troubles psychologiques.[161] Elle a également été liée à un risque ultérieur d'usage de substances, ainsi qu'à d'autres formes de psychopathologie. Si l'on ne dispose que de peu de données de recherche faisant état d'une corrélation directe entre cette exposition et l'usage de substances, la recherche est plus concluante en ce qui concerne l'association avec les caractéristiques individuelles, telles que les troubles mentaux, l'absence de contrôle de l'impulsivité ou les déficits cognitifs, dont on sait qu'elles augmentent le risque d'usage de substances nocif ou non.

Les médias ont une influence considérable sur les normes sociales et les autres messages qui sont favorables à l'usage de substances.[162] Les adolescents, en particulier, utilisent beaucoup Internet, les services de messagerie et les médias sociaux, notamment sur leurs téléphones portables multifonctions, et, à titre récréatif, la télévision, le cinéma et d'autres médias. En présentant l'usage de substances comme séduisant, amusant et délassant, les médias contribuent à

Les principaux facteurs de risque d'usage de substances dans les quartiers démunis sont les suivants:

- Forte proportion de familles monoparentales
- Ségrégation et inégalité raciales fondées sur la race, le sexe et d'autres caractéristiques
- Absense de logement
- Déplacement et malnutrition
- Écoles sous-équipées et enseignants peu qualifiés
- Niveaux élevés de maltraitance à enfant et de mortalité infantile
- Taux élevés de décrochage scolaire, échec scolaire, criminalité, délinquance et maladies mentales

pousser les jeunes à s'initier à l'usage de substances psychoactives et à continuer à les utiliser.[163] En fait, certains messages médiatiques peuvent faire apparaître l'usage de substances comme relevant d'un comportement normatif et modifier les attitudes à l'égard de la sécurité de cette pratique. Les médias sociaux ont été maintes fois liés à l'initiation de l'usage de substances;[164, 165] par exemple, une étude réalisée aux États-Unis a établi une association entre l'exposition au cannabis dans la musique populaire et l'initiation à son utilisation chez les adolescents.[166]

Revenu et ressources

Le degré de pauvreté subi par les jeunes au sein de leur communauté est un autre facteur de macroniveau. On ne cesse d'accumuler des données qui aident à comprendre comment les conditions générales de vie dans les communautés démunies sont à l'origine de retards ou de déficits considérables dans le développement de l'enfant et de l'adolescent.[167]

159 Tama Leventhal et Jeanne Brooks-Gunn, « The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes », *Psychological Bulletin*, vol. 126, no 2 (2000), p. 309 à 337.

160 National Research Council et Institute of Medicine, *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*, Jack P. Shonkoff et Deborah A. Phillips (dir. publ.) (Washington, National Academies Press, 2000).

161 David C. Bellinger, « A strategy for comparing the contributions of environmental chemicals and other risk factors to neurodevelopment of children », *Environmental Health Perspectives*, vol. 120, no 4 (2002), p. 501 à 507.

162 Emily C. Feinstein et al., « Addressing the critical health problem of adolescent substance use through health care, research, and public policy », *Journal of Adolescent Health*, vol. 50, no 5 (2012), p. 431 à 436..

163 Ibid.

164 Christine McCauley Ohannessian et al., « Social media use and substance use during emerging adulthood », *Emerging Adulthood*, vol. 5, Issue 5 (2017), p. 364 à 370.

165 Caitlin R. Costello et Danielle E. Ramo, « Social media and substance use: what should we be recommending to teens and their parents? », *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, Issue 6 (2017) p. 629 et 630

166 Brian A. Primack et al., « Exposure to cannabis in popular music and cannabis use among adolescents », *Addiction*, vol. 105 (2009), p. 515 à 523.

167 Clancy Blair, « Stress and the development of self-regulation in context », *Child Development Perspectives*, vol. 4, no 3 (2010), p. 181 à 188.

Au niveau individuel, l'incidence de la pauvreté sur les familles et l'éducation des enfants peut produire des effets délétères sur le développement de l'enfant et de l'adolescent en augmentant le stress des parents et des autres soignants, en réduisant leur capacité d'investir dans les possibilités d'apprentissage et d'éducation et en les rendant moins à même d'être pour les enfants des parents actifs, patients, réactifs et protecteurs.[168] Ces conditions – considérées individuellement et en interaction – sont des facteurs de risque d'usage de substances.[169]Le contexte de prise en charge des enfants des familles à faible revenu est plus susceptible d'être désorganisé et de ne pas pouvoir favoriser l'éveil des enfants et leur fournir l'appui nécessaire, créant ainsi des conditions stressantes pour eux.[170, 171] La pauvreté et un environnement aussi peu favorable font que le stress fait obstacle à la croissance, altère les mécanismes de régulation physiologique permettant de faire face aux situations stressantes, augmente le risque de troubles psychologiques comme la dépression, l'angoisse et l'état de stress post-traumatique, et nuit au développement des compétences d'autorégulation: ce sont là autant de facteurs qui accroissent la vulnérabilité à l'usage de substances.

Les jeunes qui vivent dans l'extrême pauvreté ou manquent de moyens subissent toute une série de facteurs liés à l'environnement et à la santé, notamment l'absence de logement, les situations de rue, l'exposition à des substances toxiques et le travail dès leur plus jeune âge. Ces situations entraînent chez ces jeunes une forte incidence de problèmes comportementaux et psychologiques, dont l'usage de substances nocif ou non.[172, 173] Dans une perspective de prévention, une prise en charge de qualité atténue les effets de la pauvreté sur le développement de l'enfant,[174] en particulier dans le cas des filles.[175] En mettant davantage de services à la disposition des enfants défavorisés, on peut les aider à acquérir des aptitudes qui leur permettent d'améliorer leurs chances de succès à l'école et dans la vie et de neutraliser un grand nombre des facteurs d'usage de substances. [176]

Discrimination et exclusion sociale

La discrimination et l'exclusion sociale, qui découlent de contextes structurels et culturels, constituent un autre facteur de macroniveau affectant le développement de l'enfant. Les inégalités structurelles ont des conséquences négatives sur les plans de l'éducation, de la santé et du comportement, et résultent pour l'essentiel des différences en termes de satisfaction des besoins fondamentaux, tels qu'une alimentation suffisante et un logement et des écoles de qualité, ainsi que d'une exposition accrue aux toxines environnementales et aux dangers liés à l'environnement. Le problème est amplifié par l'insuffisance de l'accès aux services et au soutien social et par un manque d'efficacité collective dans les quartiers.[177, 178] Qui plus est, les enfants défavorisés sont souvent pénalisés par le défaut d'une bonne stratégie d'adaptation. Ces problèmes sont généralement aggravés pour les individus ayant un statut de réfugié ou

168 Kenneth R. Ginsburg, « The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds », *Pediatrics*, vol. 119, no 1 (2007), p. 182 à 191.

169 Aurora P. Jackson et al., « Single mothers in low-wage jobs: financial strain, parenting, and preschoolers' outcomes », *Child Development*, vol. 71, no 5 (2000), p. 1409 à 1423.

170 Gary W. Evans, « The environment of childhood poverty », *American Psychologist*, vol. 59, no 2 (2004), p. 77 à 92.

171 Rena L. Repetti, Shelley E. Taylor et Teresa E. Seeman, « Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring », *Psychological Bulletin*, vol. 128, no 2 (2002), p. 330 à 366.

172 H. Meltzer et al., « Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood », *European Psychiatry*, vol. 26, no 8 (2011), p. 498 à 503.

173 Nada et Suliman, « Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt ».

174 Gary W. Evans, John Eckenrode et Lyscha A. Marcynyszyn, « Chaos and the macrosetting: the role of poverty and socioeconomic status », dans Chaos and its Influence on Children's Development: An Ecological Perspective, Gary W. Evans et Theodore D. Wachs (dir. publ.) (Washington, *American Psychological Association*, 2010), p. 225 à 238

175 Karol L. Kumpfer et al., « Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program », *Evaluation and the Health Professions*, vol. 31, no 2 (2008), p. 226 à 239.

176 Angela Hudson et Karabi Nandy, « Comparisons of substance abuse, high-risk sexual behavior and depressive symptoms among homeless youth with and without a history of foster care placement », *Contemporary Nurse*, vol. 42, no 2 (2014), p. 178 à 186.

177 Candice L. Odgers et al., « Supportive parenting mediates widening neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12 », *Development and Psychopathology*, vol. 24, no 3 (2012), p. 705 à 721.

178 Fay Saechao et al., « Stressors and barriers to using mental health services among diverse groups of first-generation immigrants to the United States », *Community Mental Health Journal*, vol. 48, no 1 (2012), p. 98 à 106.

TABLEAU 3 Récapitulation des stades d'usage de substances et des pathologies mentales et physiques connexes, selon la période de la vie

Sustancia	Pathologies physiques	Troubles mentaux ou psychiatriques
Adolescence		
Alcool Cannabis Tabac Produits à inhaler Médicaments psychotropes • Amphétamines • Opioïdes/analgésiques	Blessures accidentelles • Accidents de la route • Autres accidents Empoisonnement/surdose Maladies sexuellement transmissibles Problèmes respiratoires • Asthme Diagnostics en rapport avec une douleur	Idées/comportements suicidaires Troubles d'internalisation • Dépression • Angoisse Troubles d'externalisation • Trouble oppositionnel avec provocation • Déficit de l'attention avec hyperactivité • Troubles du comportement
Âge adulte		
Alcool Cannabis Tabac Médicaments psychotropes • Opioïdes/analgésiques • Tranquillisants/ benzodiazépines Cocaïne/*crack* Héroïne Méthamphétamine	Empoisonnement/surdose Maladies sexuellement transmissibles Cancers Maladies cardiaques/hypertension/ accident vasculaire cérébral Pathologies de la procréation/dommages causés au fœtus Diabète Problèmes respiratoires • Asthme • Infection Dommages au foie/maladie hépatique	Idées/comportements suicidaires Troubles de l'humeur • Dépression • Troubles bipolaires I et II Troubles anxieux • Trouble panique • État de stress post-traumatique • Phobies sociales et spécifiques • Trouble anxieux généralisé Trouble de la personnalité antisociale
Âge avancé		
Alcool Médicaments psychotropes • Opioïdes/analgésiques • Sédatifs/benzodiazépines • Amphétamines Cannabis Tabac	Blessures accidentelles Cirrhose Crise cardiaque/accident vasculaire cérébral Insomnie Cancers Diabète	Idées/comportements suicidaires Dépression/deuil Troubles anxieux • Phobies sociales et spécifiques • Trouble anxieux généralisé Démence/encéphalopathie de Gayet-Wernicke Insomnie

Source : T. M. Schulte et Y. Hser, « Substance use and associated health conditions throughout the lifespan », Public Health Review, vol. 35, no 2 (2014).

d'immigrant.[179] Dans les années 1990, l'usage de substances a été décrit dans différents contextes impliquant des jeunes et des adultes ayant le statut de réfugié : mastication de khat parmi les réfugiés somaliens affectés par le conflit, usage d'opioïdes parmi les réfugiés afghans en Iran (République islamique d') et au Pakistan, utilisation non médicale de benzodiazépines parmi les personnes déplacées en Bosnie-Herzégovine et usage de méthamphétamine parmi les réfugiés du Myanmar en Thaïlande.[180]

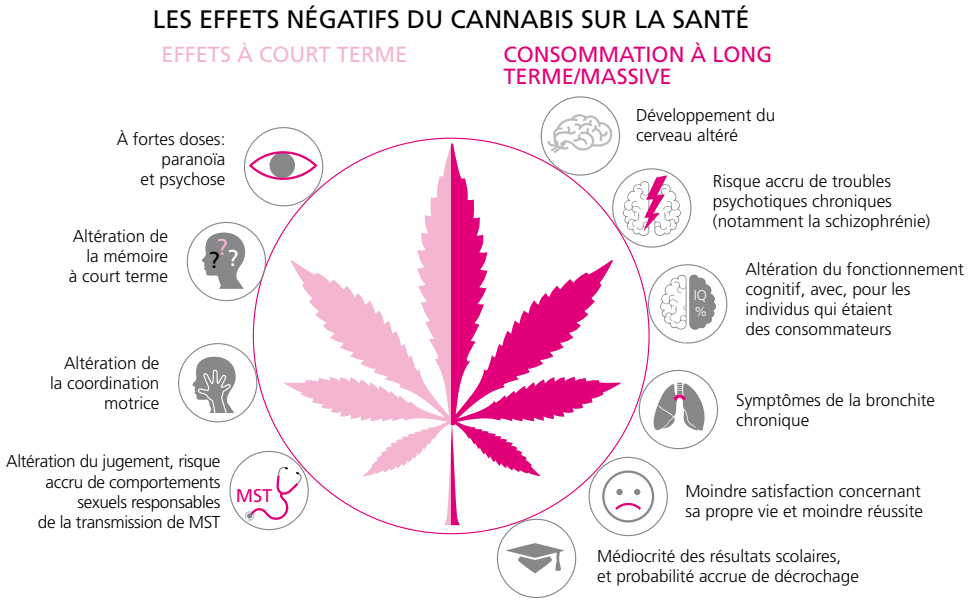
179 India J. Ornelas et Krista M. Perreira, « The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA », *Social Science and Medicine*, vol. 73, no 8 (1982), p. 1169 à 1177.

180 Nadine Ezard et al., « Six rapid assessments of alcohol and other substance use in populations displaced by conflict », *Conflict and Health*, vol. 5, no 1 (2011).

Conséquences de la consommation de drogues pour les jeunes

La recherche sur l'usage de substances chez les adolescents et les jeunes adultes montre que l'usage chronique de substances est associé à des déficits dans des domaines tels que la santé physique, le fonctionnement cognitif, le niveau scolaire et la psychologie, ainsi qu'à une altération générale des compétences sociales et des relations avec les autres.[181] Bien évidemment, les problèmes de santé physique vécus par les jeunes consommateurs de drogues comprennent le risque accru de surdose, les blessures accidentelles, telles que les accidents de la route ou les chutes, et les tentatives de suicide. Une grande enquête nationale réalisée auprès de

181 Robert J. Johnson et Howard B. Kaplan, « Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 31, no 3 (1990), p. 277 à 291.



Source : Nora D. Volkow et al., « Adverse health effects of marijuana use », New England Journal of Medicine, 370(23) (2014), p. 2219 à 2227.

856385personnes atteintes de troubles liés à la consommation de drogues suivant un traitement dans des centres de soins publics des États-Unis a montré que 28 % des répondants présentaient une comorbidité psychiatrique.[182] Par ailleurs, l'usage régulier de substances peut avoir de graves répercussions sur le neurodéveloppement, ce qui peut nuire aux résultats scolaires et au fonctionnement cognitif pendant l'adolescence et entraîner par la suite des dysfonctionnements dans les sphères sociale et professionnelle.[183]

Dans leur majorité, ces problèmes de santé découlent manifestement de l'usage de substances, mais d'autres problèmes, tels que les déficits cognitifs et les troubles mentaux chez les usagers chroniques, peuvent avoir précédé l'usage de substances, même s'il en est fait état en tant que conséquences. Démêler ce qui a précédé et ce qui a suivi l'usage de substances représente l'un des défis fondamentaux dans ce domaine, avec des répercussions très importantes sur la prévention de l'usage de substances à l'adolescence.

Cela dit, l'usage de substances chez les adolescents, en particulier les plus jeunes, est d'autant plus préoccupant que les substances ayant des effets psychoactifs ont des répercussions plus graves sur les adolescents que sur les adultes.[184] Les différences de réactions aux drogues qui sont liées à l'âge découlent probablement des différences d'effets pharmacologiques des substances en question sur les systèmes cérébraux qui, tel le système dopaminergique mésolimbique, sont encore en construction. Ces différences peuvent avoir des conséquences importantes pour les adolescents qui présentent une réduction de la sensibilité à diverses substances, ce qui renforce leur tendance à consommer des quantités plus importantes et des types de drogues plus nombreux et, de ce fait, entrave leur neurodéveloppement.[185]

On a pu dire que l'usage chronique de substances pouvait endommager le cerveau de façon permanente, mais les résultats d'études sur l'homme peuvent donner lieu à une interprétation plurivoque.[186] Cette

182 Noa Krawczyk et al., « The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a U.S. national sample », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 175 (juin 2017), p. 157 à 163.

183 Kim T. Mueser et al., « Antisocial personality disorder in people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: clinical, functional, and family relationship correlates », *Psychosis*, vol. 4, no 1 (2012), p. 52 à 62.

184 Nicole L. Schramm-Sapyta et al., « Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models », *Psychopharmacology*, vol. 206, no 1 (2009), p. 1 à 21.

185 Ibid.

186 Nadia Solowij et Robert Battisti, « The chronic effects of cannabis on memory in humans: a review », *Current Drug*

absence de données probantes pourrait tenir en partie aux méthodologies qui ont servi à évaluer les conséquences possibles de l'usage de substances sur le développement. Néanmoins, les publications spécialisées indiquent qu'il pourrait y avoir une relation dose-effet entre l'usage de substances et les déficits cognitifs, qui contribuerait à des altérations induites par les substances, s'agissant en particulier de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives[187]. Les études ayant incorporé les individus qui s'initient à l'usage de substances pendant l'adolescence font apparaître des déficits persistants jusqu'à l'âge adulte, signalant un déclin cognitif 10 ans plus tard, même chez ceux qui avaient renoncé à cette pratique, mais un déclin plus marqué chez ceux qui avaient continué de consommer des drogues.[188]

Fait de plus en plus préoccupant, l'usage de multiples substances – la polytoxicomanie – est très répandu et représente un défi majeur pour les activités de prévention et de traitement. La polyconsommation de drogues aggrave les risques pour la santé et les conséquences négatives, et fragilise les résultats des interventions parmi les consommateurs.

Les effets directs de l'usage nocif de substances sur le cerveau des adolescents interagissent d'une façon dynamique avec les contextes sociaux et environnementaux auxquels les usagers sont exposés, ce qui augmente le risque de résultats médiocres dans un grand nombre de domaines fonctionnels. Le chômage, les problèmes de santé physique, les relations sociales dysfonctionnelles, la susceptibilité aux accidents, les tendances et comportements suicidaires, les maladies mentales, voire la diminution de l'espérance de vie sont tous aggravés par l'usage de substances à l'adolescence, en particulier lorsque cette pratique se maintient à l'âge adulte.[189, 190]

L'usage nocif de substances a des répercussions sur les individus pris séparément et, plus généralement, sur la société du fait des coûts afférents à leurs problèmes de santé sociale, physique et mentale.[191] Les effets cumulés et interactifs de cette pratique affaiblissent encore la situation socioéconomique des jeunes, la qualité de l'éducation qu'ils donnent à leurs enfants et leur capacité d'établir des relations de soutien et de conserver leur emploi, ce qui renforce leur pratique.[192]

Conséquences pour les enfants et les adolescents de l'usage de substances par les soignants

La sécurité, la santé mentale et physique et la préparation à la scolarité des enfants et des adolescents pâtissent sensiblement des troubles liés à l'usage de substances que leurs soignants peuvent présenter.[193,194] En effet, ils peuvent être directement exposés à des substances dangereuses et la capacité de ces soignants de surveiller et de protéger leur développement peut être fragilisée par les troubles liés à leur propre consommation de drogues. Les enfants qui subissent l'usage nocif de substances que font leurs parents présentent des niveaux plus élevés de symptômes d'externalisation, tels que le déficit de l'attention avec hyperactivité ou le trouble de la personnalité antisociale, et de symptômes d'internalisation, tels que la dépression, l'angoisse ou l'état de stress post-traumatique, qui sont les principaux facteurs de risque de trajectoires de développement défavorables.[195] À l'approche de l'adolescence, les enfants exposés à un usage nocif de substances de la part d'un soignant font eux-mêmes plus souvent

Abuse Reviews, vol. 1, no 1 (2008), p. 81 à 98.

187 Thomas Lundqvist, « Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions », *Pharmacology Biochemistry and Behavior,* vol. 81, no 2 (2005), p. 319 à 330.

188 Karel L. Hanson et al., « Impact of adolescent alcohol and drug use on neuropsychological functioning in young adulthood: 10-year outcomes », *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, vol. 20, no 2 (2011), p. 135 à 154.

189 Dieter Henkel, « Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010) », *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, no 1 (2011), p. 4 à 27.

190 OMS, Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/adolescent/second-decade

191 Steve Sussman, Silvana Skara et Susan L. Ames, « Substance abuse among adolescents », *Substance Use and Misuse*, vol. 43, nos 12 et 13 (2008), p. 1802 à 1828.

192 "Comorbidity: addiction and other mental illnesses".

193 Sonja Bröning et al., « Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy,* vol. 7, no 23 (2012).

194 Center for Children's Justice, "Pennsylvania's heroin and opioid 'epidemic' jeopardizes early childhood", *Children's justice and advocacy report*, 2016. Disponible à l'adresse www.c4cj.org.

195 Ricardo Velleman et Lorna Templeton, « Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, no 2 (2007), p. 79 à 89.

un usage précoce de substances,[196, 197] connaissent plus tôt des épisodes d'ivresse,[198] et de beuverie express,[199] et sont nettement plus susceptibles de développer des troubles liés à l'usage de substances plus tôt que les autres enfants de leur âge.[200] En fait, l'exposition à l'usage de substances par un soignant remet en question la capacité des enfants d'atteindre les stades de développement attendus. Ils courent un risque nettement accru d'échec scolaire, de graves problèmes de santé comportementale et mentale, de délinquance et d'incapacité d'entrer dans la vie active.[201, 202, 203]

Le lien existant entre l'usage nocif de substances par un parent et le fait qu'un enfant finisse par faire usage de substances est en partie déterminé par le défaut de soins parentaux,[204] qui fausse la trajectoire de développement pour aboutir à ce résultat. Le risque découle à la fois des effets directs du non-exercice ou de l'exercice déficient des responsabilités parentales et des conditions de vie du moment (relations interpersonnelles défavorables et ménages désorganisés, par exemple).

Autre facteur apparenté, la cooccurrence de troubles mentaux chez des individus atteints d'un trouble lié à l'usage de substances diminue encore l'aptitude des soignants à jouer leur rôle de parents et à accompagner le développement sain de l'enfant.[205, 206] On a montré à maintes reprises que ces situations étaient un très bon prédicteur de l'usage de substances à l'adolescence chez les enfants des personnes concernées.[207, 208]

Le problème est encore aggravé par la forte prévalence de la maltraitance, de la pauvreté, de la violence communautaire et des conditions de logement déplorables que subissent les enfants dont les soignants sont atteints de troubles liés à la consommation de drogues, encore que ce scénario ne soit pas universe.[209] Le traumatisme psychologique de l'exposition à de telles conditions de vie a des répercussions aussi graves que l'atteinte à la santé physique des enfants des personnes présentant de tels troubles. Les problèmes de santé mentale et comportementale liés aux addictions les plus fréquents et durables développés par les enfants sont notamment l'état de stress post-traumatique, la dépression, l'angoisse, les comportements d'externalisation tels que l'agressivité, l'usage nocif de substances et bien d'autres réactions inadaptées.

Par ailleurs, l'usage nocif de substances de la part des parents prend souvent la forme d'une exposition prénatale à des substances, qui est considérée comme un mécanisme à la fois direct et indirect. On a montré que l'exposition prénatale et précoce à la fumée de cigarette augmentait la propension des enfants à fumer, à devenir dépendants à la nicotine et à afficher des comportements d'externalisation, tels que des troubles du comportement (comme

196 Geary S. Alford, Ernest N. Jouriles et Sara C. Jackson, « Differences and similarities in the development of drinking behavior between alcoholic offspring of alcoholics and alcoholic offspring of nonalcoholics », *Addictive Behavior*, vol. 16, no 5 (1991), p. 341 à 347.

197 Emily F. Rothman et al., « Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers », *Pediatrics*, vol. 122, no 2 (2008), p. 298 à 304.

198 Thomas McKenna et Roy Pickens, « Alcoholic children of alcoholics », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 42, no 11 (1981), p. 1021 à 1029.

199 Elissa R. Weitzman et Henry Wechsler, « Alcohol use, abuse and related problems among children of problem drinkers: findings from a national survey of college alcohol use », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, no 3 (2000), p. 148 à 154.

200 Andrea Hussong, Daniel Bauer et Laurie Chassin, « Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 117, no 3 (2008), p. 63 à 78.

201 Dennis C. Daley, « Family and social aspects of substance use disorders and treatment », *Journal of Food and Drug Analysis*, vol. 21, no 4 (2013), p. S73 à S76.

202 Jeanne Whalen, « The children of the opioid crisis », *Wall Street Journal*, actualisé le 15 décembre 2006.

203 Chris Elkin, « Born to do drugs: overcoming a family history of addiction », 10 février 2016. Disponible à l'adresse www.drugrehab.com

204 Marija G. Dunn et al., « Origins and consequences of child neglect in substance abuse families », *Clinical Psychology Review*, vol. 22, no 7 (2002), p. 1063 à 1090.

205 Kimberlie Dean et al., « Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder », *Archives of General Psychiatry*, vol. 67, no 8 (2010), p. 822 à 829.

206 Kathleen R. Merikangas, Lisa C. Dierker et Peter Szatmari, « Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study », *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* vol. 39, no 5 (2003), p. 711 à 720.

207 S. N. Madu et M. P. Matla, « Correlations for perceived family environmental factors with substance use among adolescents in South Africa », *Psychological Reports*, vol. 92, no 2 (2003), p. 403 à 415.

208 D. De Micheli et M. L. Formigoni, « Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? », *Addictive Behaviors*, vol. 27, no 1 (2002), p. 87 à 100.

209 Child Welfare Information Gateway, "Parental substance use and the child welfare system", *Bulletins for Professionals Series* (octubre de 2014). Disponible à l'adresse www.childwelfare.gov.

l'agressivité), et des symptômes d'internalisation, comme la dépression et l'angoisse.[210, 211] L'exposition prénatale aux drogues et à l'alcool est associée à des problèmes de comportement ultérieurs dans l'enfance et à l'adolescence, notamment l'usage ultérieur de substances nocif ou non.[212, 213] Il semble que l'exposition prénatale aux substances ait des incidences sur les enfants par le biais d'altérations liées à l'autorégulation, à la récompense et à la motivation affectant les systèmes neurologiques du fœtus, altérations qui sont causées par les propriétés de la ou des substances prises par les femmes enceintes. Les effets de ces types d'exposition prénatale sur la santé mentale et le comportement auront tendance à aggraver encore les susceptibilités préexistantes à l'usage de substances et à faire apparaître des troubles liés à ces substances.

Comprendre les voies différentielles menant vers l'usage de substances et les conséquences pour la prévention et l'élaboration des politiques

Il est bien connu que les individus ayant fait l'expérience de l'adversité dans leur enfance courent un plus grand risque de développer des troubles liés à la consommation de drogues à l'âge adulte.[214] L'idée erronée commune selon laquelle les individus présentent la même vulnérabilité à l'usage de substances nocif ou non fait bon marché des données scientifiques qui ont régulièrement établi l'existence de différences individuelles de propension. Cette idée très répandue fait obstacle à la mise en œuvre de solutions efficaces et ciblées. Les multiples conditions d'existence qui font qu'un individu développera ou non un grave problème d'usage de substances sont modifiables et, dans bien des cas, évitables. Les mesures de protection peuvent être renforcées, tandis que les facteurs préjudiciables peuvent être atténués, voire prévenus.

Les jeunes et la filière des drogues

Les jeunes peuvent être concernés non seulement par la consommation de drogues, mais aussi par la culture illicite de plantes servant à fabriquer des drogues, la production de drogues et le trafic de stupéfiants. L'exposition à l'une ou l'autre de ces différentes activités peut avoir des conséquences à long terme pour ces jeunes et leur avenir. Certaines de ces activités sont exposées dans la présente sous-section.

Les rares informations dont on dispose sur l'implication des jeunes dans la filière des drogues se limitent pour l'essentiel à des articles de presse. On a donc utilisé les médias, ainsi que des informations provenant d'autres sources, pour mettre en lumière les problèmes concernant les jeunes au lieu de ne s'appuyer que sur des éléments d'appréciation issus de la recherche.

Culture illicite de plantes servant à fabriquer des drogues et production de drogues

Culture du pavot à opium

L'Afghanistan reste le premier producteur mondial d'opium. Les groupes d'insurgés tels que les Taliban ont pu tirer des recettes importantes de la taxation de la drogue transitant par les régions qu'ils contrôlent.[215] Les agences de presse ont signalé que de jeunes agriculteurs indépendants, au vu des recettes générées par cette activité, ont eux aussi essayé de se livrer à ce « commerce profitable ».[216] On voit des garçons travailler dès l'âge de 6 ans dans les champs, récoltant le pavot et recueillant l'opium qui servira à fabriquer l'héroïne. On a signalé le cas d'agriculteurs qui, ne pouvant rembourser les prêts contractés pour cultiver l'opium, ont eu recours à

210 Marie D. Cornelius et al., « Long-term effects of prenatal cigarette smoke exposure on behavior dysregulation among 14-year-old offspring of teenage mothers », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, no 3 (2012), p. 694 à 705.

211 Brian J. Piper et Selena M. Corbett, « Executive function profile in the offspring of women that smoked during pregnancy », *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 14, no 2 (2012), p. 191 à 199.

212 Jennifer A. DiNieri et al., « Maternal cannabis use alters ventral striatal dopamine D2 gene regulation in the offspring », *Biological Psychiatry*, vol. 70, no 8 (2011), p. 763 à 769.

213 Thitinart Sithisarn, Don T. Grangerand et Henrietta S. Bada, « Consequences of prenatal substance use », *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 24, no 2 (2011), p. 105 à 112.

214 Diana H. Fishbein et Ty A. Ridenour, « Advancing transdisciplinary translation for prevention of high-risk behaviors: introduction to the special issue », *Prevention Science*, vol. 14, no 3 (2013), p. 201 à 215..

215 États-Unis, Département d'État, International Narcotics Control Strategy Report 2017 (Rapport sur la stratégie internationale pour le contrôle des stupéfiants 2017), vol. I, *Drug and Chemical Control* (Washington, mars 2017), p. 90 et 91.

216 Franz J. Marty, « Afghanistan's Opium Trade: A Free Market of Racketeers », *The Diplomat*, 19 juillet 2017.

des mariages d'enfants arrangés. En pareil cas, les familles offrent leurs filles en mariage, souvent à des hommes plus âgés – quand ce mariage ne les oblige pas à vivre loin du réseau de soutien au sein duquel elles ont grandi –, pour régler leur dette ou simplement parce qu'elles ne peuvent plus subvenir aux besoins de ces enfants.[217]

Au Myanmar, selon les statistiques du Ministère du travail, de l'immigration et de la population dont les médias se sont fait l'écho, il y aurait quelque 1,3 million d'enfants de moins de 14 ans qui travaillent.[218] Certains d'entre eux travailleraient dans la production et le trafic de drogues. Cela ne peut qu'avoir des répercussions sur le niveau d'instruction de ces enfants dans la mesure où leurs parents considèrent généralement qu'il leur suffit de savoir lire, écrire et compter.[219]

En el último decenio, los cárteles de la droga y los grupos delictivos organizados de México han desplazado cada vez más a los indígenas no solo de sus tierras, sino también de sus redes comunitarias.[220] Au cours de la décennie écoulée, les cartels de la drogue et les groupes criminels organisés au Mexique ont contraint de plus en plus les populations autochtones à quitter non seulement leurs terres, mais aussi leurs réseaux communautaires220. De nombreux rapports ont signalé que, dans certaines régions, les enfants et les jeunes étaient enlevés et forcés de se livrer à la culture du pavot à opium et à la production et au trafic de drogues par des groupes criminels organisés.[221, 222, 223]

Culture du cocaïer

En Colombie, des enfants de 6 à 13 ans qui vivaient dans des secteurs des régions de culture de la coca touchés par le conflit étaient souvent utilisés comme main-d'œuvre dans les champs de coca. Au début des années 2010, il y aurait eu en Colombie quelque 18 000 enfants et adolescents au sein des groupes armés illégaux et au moins 100 000 autres employés dans les secteurs de l'économie illicite directement contrôlée par ces groupes.[224] La plupart de ces jeunes avaient été recrutés avant l'âge de 12 ans, étaient victimes de la pauvreté et venaient de régions touchées par la violence. Certains d'entre eux avaient grandi en travaillant avec leurs parents à récolter la coca et à distribuer la pâte de coca.[225]

Un nombre important d'adolescents et d'autres jeunes travailleurs, appelés raspachines, sont chargés de la cueillette des feuilles de coca en Bolivie (État plurinational de), en Colombie et au Pérou. Des jeunes de la région andine, dont beaucoup d'autochtones, quittent leur famille et leur communauté en quête de nourriture, de vêtements, de moyens de transport et de loisirs. Les salaires obtenus pour la cueillette des feuilles de coca sont nettement supérieurs au salaire moyen des ouvriers agricoles. Ces jeunes sont souvent les enfants de paysans sans terre et n'ont pas accès à l'instruction et aux ressources qui leur garantiraient normalement une plus grande stabilité et de meilleures chances de développement socioéconomique. Ces jeunes sont le maillon le plus faible de la chaîne formée par le système agro-industriel de la coca. Étant donné que les mineurs sont peu susceptibles de devoir répondre des infractions qu'ils commettent, ils sont de plus en plus exposés à accomplir des travaux à haut risque, comme l'achat et le transport de la pâte de coca.[226, 227]

Fermes à cannabis

Limitée, la recherche sur la participation des jeunes à la culture du cannabis est concentrée dans un petit nombre de pays occidentaux. Étant donné que le cannabis est cultivé dans la quasi-totalité des pays,

217 Fariba Nawa, *Opium Nation: Child Brides, Drug Lords, and One Woman's Journey Through Afghanistan* (New York, Harper Perennial, 2011).

218 Hoogan, "Too young to toil".

219 Ibid.

220 Alejandra S. Inzunza et José Luis Pardo, « Cartels are displacing an indigenous group that's lived in this Mexican state for centuries », *Vice News*, 20 mai 2016..

221 Convention relative aux droits de l'enfant, Observations finales concernant les quatrième et cinquième rapports périodiques du Mexique présentés en un seul document, CRC/C/MEX/CO/4-5..

222 Mexique, Journal parlementaire, XVIe année, no 3757-IX, 25 avril 2013.

223 Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Situation of human rights in Mexico*, Organisation des États américains, décembre 2015.

224 Natalia Springer, *Como corderos entre lobos: del uso y reclutamiento de niñas, niños y adolescentes en el marco del conflicto armado y la criminalidad en Colombia* (Bogotá, Springer Consulting Services, 2012), p. 20 à 30

225 Ibid.

226 Juan G. Ferro et al., *Jóvenes, coca y amapola: un estudio sobre las transformaciones socioculturales en zonas de cultivos ilícitos* (Bogotá, Universidad Javeriana, 1999), p. 20.

227 Colombie, *Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos*, décret no 896 du 29 mai 2017.

les éléments d'appréciation disponibles pourraient dissimuler des caractéristiques différenciées selon les pays du monde. Au Canada, en Irlande et au Royaume-Uni, le nombre de fermes à cannabis (grow-ops) a considérablement augmenté ces dernières années.[228, 229, 230] Les agences de presse ont signalé qu'au Royaume-Uni, des jeunes, dont la plupart sont originaires d'Asie et ont été victimes de la traite, sont recrutés pour travailler pour les organisations criminelles qui exploitent ces fermes.[231] Ils sont souvent enfermés seuls et forcés de cultiver des plants dans des maisons transformées en plantations, le plus souvent dans des conditions extrêmement dangereuses. Parmi les risques encourus, les médias mentionnent les blessures, voire la mort, causées par des équipements dangereux, l'incendie, les maladies respiratoires dues aux moisissures, l'électrocution et la violence liée aux cambriolages et aux conflits de territoire entre organisations exploitant les fermes.

Les agences ont également signalé que les immigrants entraient souvent au Royaume-Uni sans avoir l'intention de cultiver du cannabis. Toutefois, la culture commerciale du cannabis s'impose d'elle-même aux immigrants qui doivent rembourser de grosses sommes aux prêteurs qui menacent leur famille restée au pays.[232] Lorsque la police effectue des descentes dans les fermes à cannabis, ces jeunes peuvent être poursuivis, reconnus coupables et emprisonnés pour des infractions qu'ils ont été forcés de commettre, tandis que les trafiquants peuvent se dérober à la justice.[233]

Fabrication de drogues de synthèse

L'Europe demeure le marché le plus dynamique des drogues de synthèse telles que la MDMA, l'amphétamine et, dans une moindre mesure, la méthamphétamine, et les groupes criminels organisés de la région se livrent à la fabrication de ces drogues.[234] En Europe, le nombre de laboratoires clandestins exploités par des groupes criminels a augmenté au cours de la décennie écoulée ; c'est le cas en particulier des laboratoires de production de méthamphétamine en Tchéquie et de MDMA aux Pays-Bas.[235] En Asie, les groupes de trafiquants tirent parti des capacités limitées des services de détection et de répression en matière de surveillance de la fabrication de drogues, ces faiblesses aboutissant à mettre les communautés locales sous la coupe des trafiquants de drogues. Les enfants et les jeunes de ces communautés ne peuvent qu'être amenés à jouer un rôle dans la production et la filière des drogues.[236]

Aux États-Unis, la plupart des laboratoires clandestins découverts en 2016 étaient des laboratoires de production de faible capacité appelés « one-pots » ou des sites de fabrication appelés « shake and bakes » (du nom d'une méthode permettant de produire de faibles quantités de méthamphétamine). Ils peuvent être installés n'importe où : dans des logements privés, des chambres de motel ou d'hôtel ou des caravanes, sur des terrains de camping ou dans des entreprises commerciales.[237] La santé et la sécurité des enfants qui vivent dans ces endroits, s'y rendent ou assistent à la fabrication des drogues peuvent être gravement mises en péril.[238] Les comportements liés à l'âge des jeunes enfants, qui portent souvent leur main à la bouche et ont des contacts physiques avec leur environnement, accroissent la probabilité d'inhalation, d'absorption ou d'ingestion de produits chimiques toxiques, de drogues ou d'aliments contaminés.[239]

En Australie, la méthamphétamine sous forme cristalline est fabriquée et distribuée par des bandes de motards locales qui travaillent avec les principaux

228 Sue Reed, « Vietnamese child slaves working in UK cannabis factories », *Daily Mail*, 17 décembre 2017.

229 Migrant Rights Centre Ireland, « Trafficking for forced labour in cannabis production: the case of Ireland » (Dublin, 2015).

230 Susan C. Boyd et Connie I. Carter, Killer Weed: Marijuana Grow Ops, *Media and Justice* (Toronto, Canada, University of Toronto Press, 2014), p. 167 à 180.

231 Reed, « Vietnamese child slaves working in UK cannabis factories ».

232 Amelia Gentleman, « Trafficked and enslaved: the teenagers tending UK cannabis farms », *The Guardian*, 25 mars 2017.

233 « Trafficking for forced labour in cannabis production ».

234 Europol, « Business fundamentals: how illegal drugs sustain organised crime in the EU » (2017)..

235 EMCDDA, *Rapport européen sur les drogues 2017: Tendances et évolutions* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017).

236 Fifa Rahman et Nick Crofts (dir. publ.), *Drug Law Reform in East and Southeast Asia* (Plymouth, Royaume-Uni, Lexington Books, 2013), p. 157 à 159.

237 États-Unis, Département de la justice, Drug Enforcement Administration, *2017 National Drug Threat Assessment* (Washington, 2017).

238 Ibid.

239 Karen Swetlow, « Children at clandestine methamphetamine labs: helping meth's youngest victims », *OVC Bulletin juin 2003* (Département de la justice des États-Unis, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime)..

groupes criminels organisés. Ces groupes recrutent souvent des enfants de 11 à 15 ans pour préparer la substance et cibler de jeunes usagers potentiels dans les bourgs ruraux.[240] Entre 2006 et 2010, en Nouvelle-Zélande, la police a trouvé 384 enfants dans 199 laboratoires, et des condamnations pour défaut de soins ou maltraitance ont été obtenues contre des personnes travaillant dans 19 laboratoires. Dans ces affaires, des accessoires servant à la consommation de drogues étaient cachés dans des boîtes à sandwichs et gourdes d'enfant.[241] Depuis 2012, le nombre de mineurs, dont la moyenne d'âge est de 6 ans, trouvés dans des laboratoires de méthamphétamine en Nouvelle-Zélande a augmenté, selon le National Drug Intelligence Bureau.[242]

Le rôle des jeunes dans la filière des drogues

Les jeunes peuvent s'empêtrer dans le trafic de drogues tant sur le marché local que sur le marché international. Cela dit, les données concernant le rôle qu'ils jouent dans le trafic de drogues ne sont disponibles que pour quelques pays et proviennent d'un nombre limité d'études.

Il arrive que le lieu de naissance des jeunes et leur milieu socioéconomique déterminent la place qu'ils occupent au sein des organisations criminelles. La question de l'exploitation mise à part, il existe plusieurs raisons qui font que les jeunes participent à la revente et au trafic de drogues. Ils peuvent y être incités pour des raisons financières ou dans le cadre des activités économiques normales de leur famille. Dans d'autres cas, on estime que leur appartenance à un milieu socioéconomique défavorisé leur fait courir un risque accru de revente de drogues, cette activité leur permettant de survivre alors que leurs possibilités sont limitées.[243] La plupart des études réalisées aux États-Unis voient dans la revente de drogues un moyen d'obtenir un gain financier complétant un maigre salaire. Les jeunes se livrent également au commerce illicite de drogues pour avoir un accès facile aux drogues ou parce que leurs parents consomment ou revendent de la drogue. Le fait de porter une arme à feu ou de pouvoir s'en procurer a aussi été identifié comme une variable susceptible d'amener des adolescents à revendre de la drogue.[244] La définition du mineur diffère d'un pays à l'autre, mais dans le cas des mineurs, les lois, la procédure et les sanctions infligées pour des infractions pénales, notamment des infractions liées aux drogues, sont plus indulgentes que dans celui des adultes, ce qui permet aux groupes criminels organisés d'exploiter commodément des jeunes auxquels ils font accomplir diverses tâches dans la filière des drogues.

La revente de drogues sur les marchés locaux sur lesquels la violence est absente ou limitée

En bien des endroits, les transactions portant sur des drogues au niveau local interviennent généralement dans des contextes non violents ou peu marqués par la violence. En Estonie, par exemple, les raisons le plus souvent invoquées par les enfants souhaitant se livrer à la revente de drogues sont l'influence des amis intimes et des pairs, la volonté de devenir riche, l'absence d'un autre revenu et le besoin d'avoir accès gratuitement aux drogues.[245] Au Royaume-Uni, on constate que le nombre d'enfants de moins de 16 ans arrêtés pour avoir fourni de la cocaïne sous forme de « crack », de l'héroïne ou de la cocaïne est en augmentation depuis quelques années.[246] Pour les trafiquants de drogues, les enfants ne coûtent pas cher, sont faciles à remplacer et à contrôler, et sont souvent capables d'opérer sous le radar de la police. On a montré qu'au Royaume-Uni, des groupes informels appelés « county lines » (navetteurs), qui ne sont pas nécessairement constitués en bandes, alimentent en drogues des marchés locaux à partir d'une ville plaque tournante.[247] À cette fin,

240 Caro Meldrum-Hanna, « Crystal meth: former drug lab cook recruited at age 11 as outlaw motorbike gangs push drugs in rural towns », *Four Corners,* 20 octobre 2014.

241 "Children raised in meth labs", *New Zealand Herald*, 2 juin 2013.

242 New Zealand Police Association, « Meth Kids », vol. 46, no 2 (2013). Disponible à l'adresse https://www.policeassn.org.nz/newsroom/publications/featured-articles/meth-kids.

243 Leah J. Floyd et al., « Adolescent drug dealing and race/ethnicity: a population-based study of the differential Impact of substance use on involvement in drug trade », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* vol. 36, no 2 (2010), p. 87 à 91.

244 Tatiana Starr Daniels, « What influences some black males to sell drugs during their adolescence », *McNair Scholars Journal*, vol. 13 (Sacramento, California State University, 2012), p. 21 à 39.

245 Nelli Kalikova, Aljona Kurbatova et Ave Talu, *Estonia Children and Adolescents Involved in Drug Use and Trafficking: A Rapid Assessment* (Genève, Organisation internationale du Travail, Programme international pour l'abolition du travail des enfants, 2002).

246 Adam Lusher, « Gangs recruiting children as young as 12 as class A drug dealers », *The Independent*, 14 juillet 2017.

247 Royaume-Uni, National Crime Agency, « County lines violence, exploitation and drug supply 2017: national briefing report » (novembre 2017).

ils recrutent de force des jeunes, souvent âgés de 13 à 18 ans, qui peuvent avoir fait des dettes de drogue. La plupart de ces recrues travaillent dans des zones reculées pour ces groupes comme revendeurs ou livreurs ou pour trouver des logements, louer des voitures ou réserver des billets de train, entre autres activités mineures. De cette manière, le groupe exploite des jeunes ou des personnes vulnérables pour stocker ou distribuer des drogues, transférer le produit de la vente en espèces et pouvoir utiliser des logements. Les chefs des groupes ou les individus qu'ils exploitent se rendent régulièrement depuis la plaque tournante sur les marchés locaux pour y reconstituer le stock et remettre de l'argent en espèces.

Les victimes des « navetteurs » peuvent ne pas souhaiter continuer de travailler pour eux, mais ont peur de s'accuser elles-mêmes ou de faire l'objet de représailles. Elles sont exposées à des niveaux variables d'exploitation, notamment à des souffrances d'ordre physique, mental ou sexuel, parfois sur de longues périodes. Certains individus vulnérables sont victimes de la traite des personnes et emmenés loin des grandes villes pour travailler sur les marchés locaux, tandis que d'autres se font « parasiter » leur logement par la force ou la contrainte. Par ailleurs, beaucoup d'enfants sont attirés par la promesse de gains et d'objets de valeur. On signale aussi l'emploi des médias sociaux pour recruter des membres, et l'on constate que des jeunes femmes s'occupent souvent de recruter d'autres jeunes femmes qui peuvent être vulnérables et en situation de crise.[248]

La revente de drogues sur les marchés locaux caractérisés par la violence

Dans les contextes locaux où la violence sévit, les marchés de la drogue peuvent porter directement atteinte à tous les acteurs se livrant à des activités liées à la drogue, notamment les jeunes.[249]

Au Brésil, les adolescents et les jeunes adultes qui travaillent au sein de réseaux de distribution de drogues sont souvent à la recherche de nouvelles sensations et d'un moyen de s'identifier aux groupes ou bandes locaux. Ils veulent également consommer les drogues illicites qu'ils vendent ou dont ils assurent le trafic. Les autorités imputent généralement l'attirance manifestée par les enfants pour les bandes et le trafic de drogues à des facteurs structurels qui sont aggravés par le manque de ressources financières ou des structures familiales fragilisées.[250]

Les groupes et bandes criminels organisés préfèrent recruter des enfants et des jeunes adultes pour le trafic de drogues pour deux raisons : le côté téméraire des membres de ce groupe d'âge, même vis-à-vis de la police ou de bandes rivales, et la docilité avec laquelle ils exécutent les ordres. La volonté d'appartenir à une bande et d'être hautement considérés par ses membres insuffle aux enfants le sens de la discipline et une forte volonté d'obéir aux ordres et de respecter les règles de leur bande.[251] En Argentine, dans les zones défavorisées, la drogue est vendue selon une méthode appelée *menudeo* (vente au détail), qui consiste à distribuer les drogues dans des « bunkers » (petits bâtiments sans fenêtres) où officie un membre de la bande, souvent un adolescent, voire un enfant. Souvent, un *soldado* (garde) armé payé par le trafiquant local veille sur le bunker.[252]

Marchés internationaux

Les jeunes qui se livrent au commerce illicite de drogues sur les marchés internationaux sont souvent membres de grands groupes criminels organisés. Ils sont utilisés de différentes manières pour faire la contrebande de substances illicites. Aux États-Unis, les bandes ciblent les jeunes qui peuvent franchir légalement les frontières internationales,[253] tandis qu'au Pérou, les mochileros (routards) emportent un chargement illicite de cocaïne à remettre dans une planque.[254] Les commanditaires utilisent généralement des enfants comme guetteurs aux points de contrôle ou postes frontière.

À la frontière entre les États-Unis et le Mexique, de

248 Ibid.

249 Thomas Babor et al., Drug Policy and the Public Good (Oxford, Oxford University Press, 2010).

250 Jailson de Souza e Silva et André Urani, Brazil Children in Drug Trafficking: A Rapid Assessment, *Investigating the Worst Form of Child Labour* No. 20 (Genève, Organisation internationale du Travail, 2002).

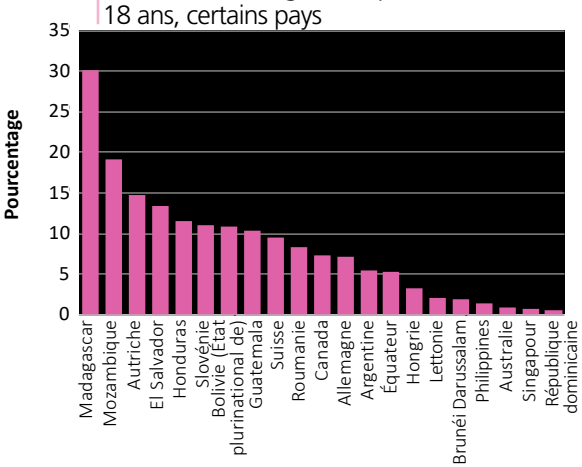
251 Ibid.

252 Mauro Testa et Ross Eventon, « Vulnerable youth and drug trafficking in Rosario, Argentina: between stigmatisation and social control » (Swansea, Royaume-Uni, Global Drug Policy Observatory, Swansea University, février 2016).

253 Greg Moran, « There has been some progress, but youth drug smuggling persists at the U.S-Mexico border », *Los Angeles Times*, 20 juin 2016.

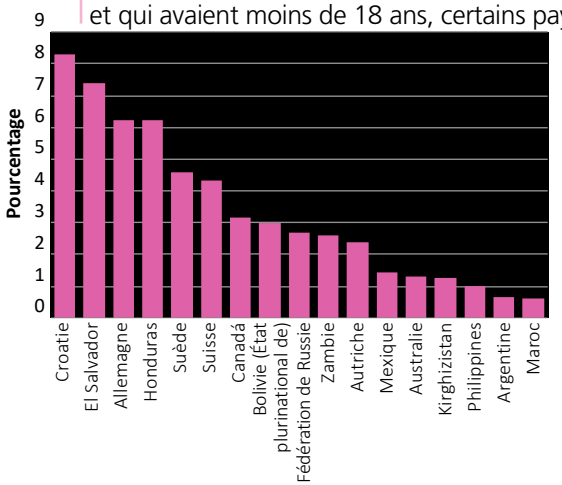
254 « A look at children's role in cocaine production in Peru », publié sur YouTube par AJ+ le 7 mai 2015.

FIG. 10 Proportion de personnes qui ont été arrêtées ou ont fait l'objet d'un avertissement en 2015 pour détention de drogues et qui avaient moins de 18 ans, certains pays



Source : ONUDC, données issues des questionnaires destinés aux rapports annuels.

FIG. 11 Proportion de personnes qui ont été arrêtées ou ont fait l'objet d'un avertissement en 2015 pour de graves infractions liées aux drogues et qui avaient moins de 18 ans, certains pays



Source : ONUDC, données issues des questionnaires destinés aux rapports annuels.

nombreux jeunes sont associés au trafic de drogues en tant que « mules » ou passeurs. Les groupes de trafiquants ciblent les jeunes qui peuvent franchir légalement la frontière parce que ce sont des citoyens des États-Unis vivant par exemple à Tijuana et allant à l'école aux États-Unis ou qu'ils sont en possession d'une carte de frontalier. En 2013, 118 jeunes ont été pris en train de faire la contrebande de cannabis, de méthamphétamine, d'héroïne et de cocaïne dans le secteur de San Diego. En 2015, ce nombre avait été ramené à 70. Cette baisse peut tenir à plusieurs facteurs, parmi lesquels le renforcement des contrôles de sécurité à la frontière, mais les chiffres ne parlent que de ceux qui ont été pris, non de ceux qui ont réussi à franchir la frontière.[255, 256]

Le phénomène des jeunes qui franchissent les frontières pour introduire clandestinement des drogues dans un autre pays se produit dans la plupart des régions du monde. Au Pérou, les médias signalent que les jeunes aident à transporter la cocaïne depuis la vallée des trois rivières Apurimac, Ene et Mantaro jusqu'à des caches ou pistes d'atterrissage clandestines, d'où les drogues poursuivent leur chemin par d'autres moyens de transport. Les enfants et adolescents sont les principaux acteurs du trafic dans la vallée de la cocaïne, où les mochileros font plus de 160 kilomètres à pied dans les montagnes pour éviter les postes de contrôle de la police et les bandes armées.[257] Le voyage est long et dangereux, mais la rémunération rend l'opération lucrative, chaque déplacement étant payé environ 2 000 dollars.[258] Les *mochileros* seraient bien organisés et préparés en vue de riposter aux attaques de groupes rivaux ou de la police.

Au cours des cinq dernières années, selon des informations diffusées dans les médias, le nombre de mineurs appartenant aux minorités ethniques se livrant au trafic de drogues à la frontière entre la République démocratique populaire lao et le Viet Nam a également augmenté.[259] Il a été indiqué qu'en 2017, une vingtaine de jeunes y ont fait passer quotidiennement de la drogue en contrebande.[260]

Au cours des dernières décennies, l'Afrique de l'Ouest est devenue un point de transit majeur pour le trafic de drogues ; selon les médias, ce phénomène a également augmenté le niveau d'exploitation des jeunes.[261] Les médias ont indiqué qu'en 2016, 158

255 Moran, « There has been some progress, but youth drug smuggling persists at the U.S-Mexico border ».

256 « Mexico drug gangs using more children as "mules" », *CBS News*, 14 mars 2012.

257 "A look at children's role in cocaine production in Peru".

258 Linda Presley, « The mochileros: high stakes in the high Andes – the young backpackers risking their lives in cocaine valley », *BBC News*, 24 novembre 2015.

259 « Juvenile drug traffickers multiply at Vietnam-Lao border », *Voice of Vietnam*, 27 octobre 2017.

260 Ibid.

261 « Narcotics in Africa: an emerging drug market », *The Economist* (Nairobi), 14 avril 2016

Les gangs de rue et la drogue

Il a été allégué que les membres des gangs de rue, en particulier ceux qui appartiennent à des « méga-gangs », comme la Mara Salvatrucha, participent au trafic international de drogues. Certes, des membres des gangs peuvent, à titre individuel, se faire trafiquants de drogues, et les compétences qu'ils acquièrent en tant que membres de leur gang peuvent leur servir dans leur nouvelle occupation. Mais il existe plusieurs raisons de douter que le trafic international de drogues soit l'une des activités principales des gangs eux-mêmes ou que les gangs de rue jouent un rôle important dans la facilitation des flux internationaux de drogues.

La territorialité des gangs de rue est souvent mentionnée comme étant l'une de leurs caractéristiques. Non seulement la protection de son territoire exige du temps et beaucoup d'attention de la part d'un gang, mais encore le territoire qu'il contrôle est le plus souvent constitué de zones occupées par des bidonvilles, tout à fait à l'écart des couloirs de transport utilisables pour le trafic de drogues. Dans l'enquête sur les gangs salvadoriens, la plupart des répondants avaient grandi dans des communautés défavorisées et avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans ; un grand nombre d'entre eux étaient des fugueurs. L'éducation de base et les moyens leur faisant défaut, on voit mal comment ils pourraient affronter la concurrence des cartels de trafiquants mettant en jeu des moyens perfectionnés sur les marchés internationaux de la drogue. Au demeurant, lorsqu'on les interroge sur la nature des groupes se livrant au trafic de drogues dans leur pays, les services de détection et de répression des pays du Triangle du Nord ne mentionnent pas les gangs de rue.

Source : Max G. Manwaring, Street Gangs: The New Urban Insurgency (Carlisle, Pennsylvanie, Strategic Studies Institute, United States Army War College, mars 2005) ; John P. Sullivan, «Transnational gangs: the impact of third generation gangs in Central America », Air and Space Power Journal, deuxième trimestre (2008). Définition des gangs utilisée par le Département de la justice des États-Unis, disponible à l'adresse www.justice.gov/criminal-ocgs/about-violent-gangs.

jeunes Nigérians étaient en attente d'exécution pour des infractions liées aux drogues en Chine, en Indonésie, en Malaisie et à Singapour. Certains d'entre eux avaient affirmé être des étudiants et s'étaient concertés avec des trafiquants de drogues pour porter atteinte au système de visas et se faire admettre en Malaisie, en Indonésie, en Thaïlande ou d'autres pays de la filière du trafic.[262]

Quel rôle jouent les enfants et les membres des gangs de rue dans le trafic de drogues ?

La violence liée à la drogue, les gangs de rue et l'exploitation des enfants par les groupes criminels organisés se livrant au trafic de drogues sont quelques-uns des principaux problèmes pris en compte par les politiques en matière de drogues à travers le monde. Selon des données provenant de plus de 40 pays, quelque 3 % des personnes arrêtées ou ayant fait l'objet d'un avertissement pour détention de drogues en 2015 avaient moins de 18 ans.[263, 264] S'agissant d'infractions liées aux drogues de plus grande gravité, telles que la vente de drogues, 1 % seulement des personnes arrêtées ou poursuivies étaient des enfants. Les enfants représentant environ un tiers de la population mondiale,[265] la probabilité qu'ils soient arrêtés ou poursuivis pour des infractions liées aux drogues est sensiblement moindre que dans le cas des adultes.

Néanmoins, en 2015, ce sont près de 70 000 enfants qui ont été arrêtés pour détention de drogues et plus de 17 000 qui l'ont été pour des infractions liées aux drogues plus graves. La proportion d'enfants parmi les personnes arrêtées pour infractions liées aux drogues varie considérablement d'un pays à l'autre. En règle générale, les enfants sont plus nombreux parmi les personnes arrêtées pour détention de drogues que parmi celles arrêtées pour des infractions plus graves. Certains pays indiquent que plus de 10 % des personnes arrêtées pour détention de drogues sont des enfants, mais la plupart signalent que moins de 5 % des trafiquants de drogues sont âgés de moins de 18 ans.

Les enfants peuvent jouer un rôle sur les marchés de la drogue en appartenant à un groupe organisé, comme un gang de rue. Selon la Classification internationale des infractions à des fins statistiques, un gang est un « groupe de personnes défini par un ensemble de caractéristiques, notamment la continuité dans le temps, le mode de vie tourné vers la rue, le

262 Ismael Mudashir, « Drug trafficking: 158 Nigerians on death row in China, Malaysia », *Daily Trust*, 1er mars 2016.

263 Conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant, on devient adulte à 18 ans..

264 Organisation des Nations Unies, *Recueil des traités*, vol. 1577, no 27531.

265 Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Population Prospects: The 2017 Revision*. Disponible à l'adresse https://esa.un.org/unpd/wpp.

jeune âge de ses membres, la participation à des activités illégales et l'identité de groupe ».[266] Dans ce contexte, il convient de donner une interprétation large au terme « jeunesse », car il ressort d'un certain nombre d'études que la plupart des membres des gangs de rue sont des adultes.[267] Cela étant, la participation de membres de gangs de rue qui sont des enfants à la vente au détail de drogues est bien attestée.

Les gangs de rue comme les Crips et les Bloods étaient connus pour leur rôle dans la vente de « crack » dans certaines régions des États-Unis entre la fin des années 1980 et le milieu des années 1990. Une étude portant sur plus de 1 500 arrestations pour vente de cocaïne opérées entre 1989 et 1991 dans deux banlieues de Los Angeles a établi que 27 % des personnes arrêtées appartenaient à des gangs.[268] La National Youth Gang Survey réalisée aux États-Unis en 1996 a estimé que 43 % des ventes de drogues de rue effectuées dans l'ensemble du pays l'avaient été par des membres de gangs.[269] La consommation de « crack » a nettement diminué depuis, de même que les effectifs des gangs de Los Angeles.[270]

Aujourd'hui, les gangs de rue les plus célèbres se trouvent en Amérique latine, comme les *maras* du Triangle du Nord de l'Amérique centrale. Les enfants représentent une proportion relativement élevée des personnes arrêtées pour des infractions liées aux drogues graves au Honduras et en El Salvador (6 % et 7 %, respectivement).[271] Lors d'une enquête menée auprès de plus de 1 000 membres de gangs en El Salvador, plus de 70 % des répondants ont indiqué gagner moins de 250 dollars par mois. Leur principale source de revenu semblant être l'extorsion,[272] le rôle qu'ils jouent dans l'économie de la drogue apparaît secondaire.[273]

C. LES DROGUES ET LES PERSONNES D'ÂGE MÛR

Pendant longtemps, la consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr a été très peu étudiée et l'importance de ce sujet n'a été reconnue qu'à une date récente. L'évolution de la pyramide des âges fait apparaître un accroissement du nombre et de la proportion des personnes d'âge mûr dans toutes les régions du monde. Dans la présente section, on aborde brièvement certains des problèmes liés à la consommation de drogues au sein de ce groupe, en illustrant par des exemples les questions traitées et les répercussions de la consommation de drogues sur la santé de ces personnes.

Évolution de l'ampleur de la consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr

Dans certains pays, on observe que la consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr, dont la prévalence était faible au départ, a augmenté au cours de la décennie écoulée, et ce plus rapidement qu'elle ne l'a fait parmi les groupes d'âge plus jeunes.

Aux États-Unis, par exemple, les données concernant la consommation de drogues, quelle que soit la substance concernée, au cours des 12 mois écoulés montrent qu'entre 1996 et 2016, le taux de prévalence chez les 12-17 ans est demeuré pratiquement inchangé, tandis

266 ONUDC, Classification internationale des infractions à des fins statistiques, version 1.0 (mars 2015), p. 107.

267 Aux États-Unis, par exemple, le National Youth Gang Survey indique que plus des deux tiers des membres des gangs de rue sont des adultes. Voir National Gang Center, National Youth Gang Survey Analysis, Demographics: age of gang member. Disponible à l'adresse www.nationalgangcenter.gov/Survey-Analysis/Demographics#anchorage. La recherche menée sur les gangs de rue à la Trinité-et-Tobago a établi que 87 % de leurs membres étaient des adultes. Voir Charles Katz et David Choate, « Diagnosing Trinidad and Tobago's gang problem », communication présentée à la réunion annuelle de l'American Society of Criminology (Los Angeles, Californie, 2010). Une enquête sur les membres des gangs réalisée récemment en El Salvador a fait état d'une moyenne d'âge de 25 ans. Voir José Miguel Cruz et al., *The New Face of Street Gangs: The Gang Phenomenon in El Salvador* (2017).

268 Cheryl L. Maxson, « Street gangs and drug sales in two suburban cities », National Institute of Justice Research in Brief Series (Washington, juillet 1995).

269 Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, *1996 National Youth Gang Survey* (Washington, juillet 1999).

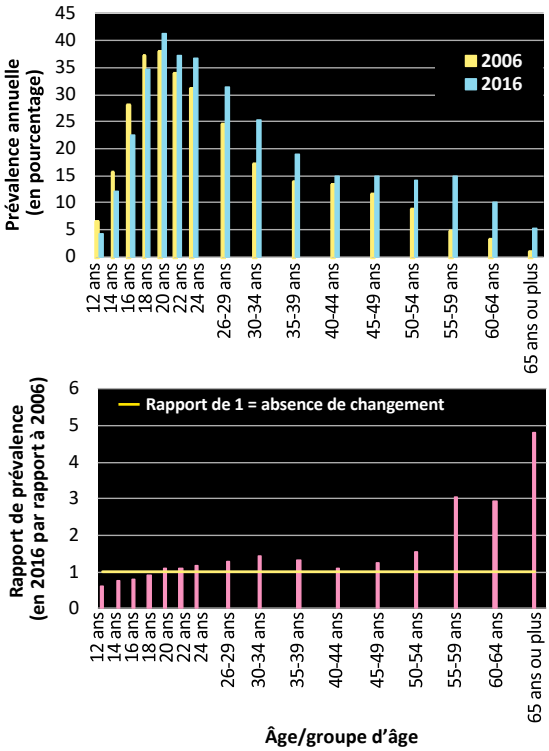
270 Selon des données mises en ligne par les services de police de Los Angeles, le nombre de membres des gangs de rue de la ville a été ramené de plus de 64 000 en 1997 à 39 000 en 2005. Le nombre de consommateurs de cocaïne invétérés aux États-Unis a été ramené d'environ 1,1 million en 1988 à 445 000 en 2000 [William Rhodes et al., *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, 1988-1998 (Washington, Office of National Drug Control Policy, 2000)].

271 ONUDC, données issues des questionnaires destinés aux rapports annuels.

272 International Crisis Group, « Mafia of the poor: gang violence and extortion in Central America », *rapport Amérique latine* no 62 du 6 avril 2017 (Bruxelles, 2017).

273 Cruz et al., The New Face of Street Gangs.

FIG. 12 Prévalence annuelle de la consommation de drogues et évolution aux États-Unis, par âge, 2006 et 2016



Source : États-Unis, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016 et années antérieures).

que chez les personnes âgées de 50 ans ou plus,[274] il est passé au cours de cette période de 1,3 % à 9,8 %, faisant donc plus que septupler.[275] Si l'on considère le nombre des consommateurs d'âge mûr, la progression est rendue encore plus spectaculaire par l'accroissement du groupe des 50 ans ou plus. Le nombre total de membres de ce groupe ayant consommé des drogues au cours de l'année écoulée aux États-Unis est passé d'environ 900 000 en 1996 à 10,8 millions en 2016: il a donc été multiplié par 12.

La progression a été particulièrement sensible entre 2006 et 2016, lorsque le nombre total annuel de consommateurs de drogues âgés de 50 ans ou plus a triplé, passant de 3,6 à 10,8 millions, et le taux de prévalence annuelle de consommation de drogues chez ces personnes a plus que doublé, passant de 4,1 % à 9,8 %. S'agissant des personnes de 60 ans ou plus, les taux de prévalence ont progressé de manière encore plus marquée, puisqu'ils ont presque quadruplé au cours de la décennie écoulée, tandis que le nombre total annuel de consommateurs âgés de 60 à 64 ans a quadruplé et celui des consommateurs âgés de 65 ans ou plus a plus que sextuplé.

274 La tranche d'âge de 50 ans ou plus était celle des personnes les plus âgées prise en compte dans la National household survey (enquête nationale sur les ménages) réalisée aux États-Unis en 1996.

275 États-Unis, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017 et années antérieures).

Qui considère-t-on comme une personne « d'âge mûr » dans le contexte de la consommation de drogues ?

Il n'existe pas de limite d'âge inférieure qui ait été adoptée une fois pour toutes pour déterminer qui est considéré comme un consommateur de drogues «d'âge mûr». L'âge limite varie considérablement d'une étude à l'autre, cette limite pouvant descendre jusqu'à l'âge de 35 ans.[a] De manière plus générale, toutefois, les études réalisées dans les pays européens ont choisi l'âge de 40 ans comme limite inférieure, encore qu'aux États-Unis, cette limite soit de 50 ans dans certaines études.[b]

Étant donné l'absence de définition internationalement acceptée des « consommateurs de drogues d'âge mûr », la présente section donne les informations qui sont disponibles sur les groupes d'âge plus avancé et fournit, dans toute la mesure possible, une répartition par tranche d'âge détaillée des statistiques disponibles.

a April Shaw, *Senior Drug Dependents and Care Structures: Scotland and Glasgow Report* (Glasgow, Scottish Drugs Forum, mars 2009)

b EMCDDA, Selected Issue 2010: *Treatment and Care for Older Drug Users* (Luxembourg, 2010)

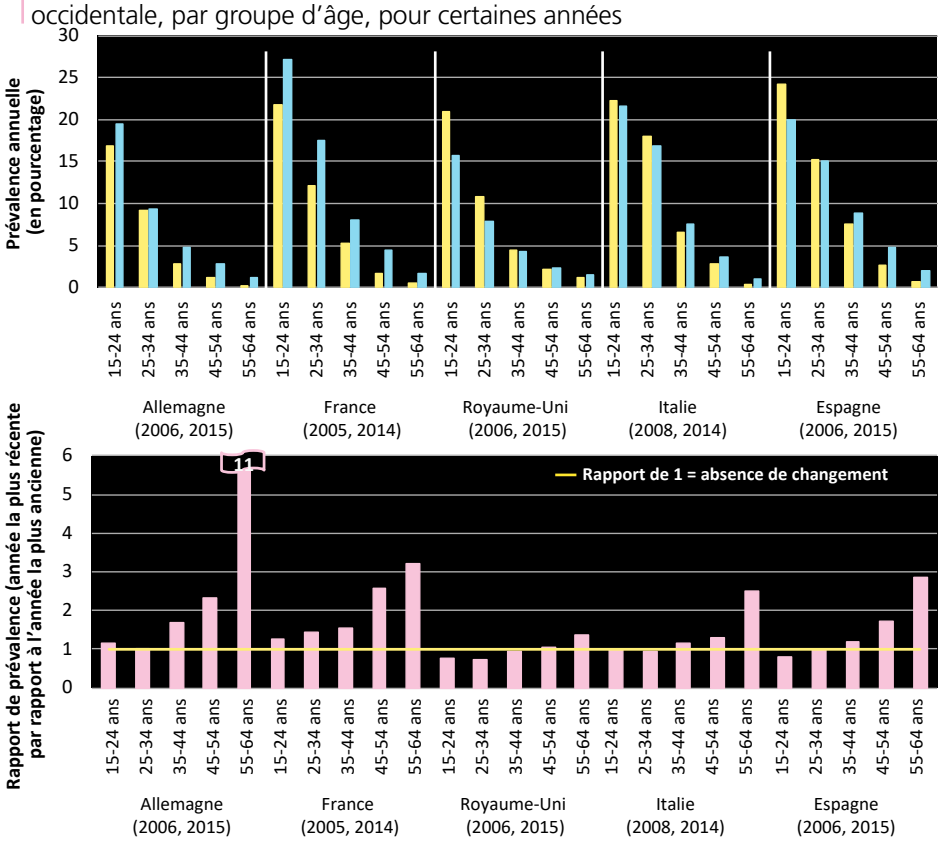
Les études consacrées aux consommateurs de drogues d'âge mûr sont rares

La consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr est un sujet peu étudié, dont l'importance vient seulement d'être reconnue.[a, b] On notera que la plupart des études concernant ces consommateurs ont été réalisées dans les pays développés, en particulier aux États-Unis d'Amérique et dans les pays européens ; il s'ensuit que les conclusions des travaux publiés peuvent ne pas être applicables au reste du monde.

a Matthew H. Taylor et George T. Grossberg, « The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review », *Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 14, no 4 (2012).

b Anne Marie Carew et Catherine Comiskey, « Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (2018), p. 48 à 57.

FIG. 13 Prévalence annuelle de la consommation de cannabis et évolution dans certains pays d'Europe occidentale, par groupe d'âge, pour certaines années



Source : EMCDDA, Bulletin statistique 2017.

En Allemagne, la consommation de drogues, quelle que soit la substance concernée, au cours de l'année écoulée a, entre 2006 et 2015, augmenté davantage chez les personnes de 40 ans ou plus que chez les plus jeunes. La consommation de drogues chez les 18-24 ans a connu une augmentation plus modeste (22 %) au cours de la même période.

La consommation de cannabis a également augmenté chez les 55-64 ans dans certains des pays les plus peuplés d'Europe occidentale. Les données relatives à la prévalence annuelle provenant d'Allemagne, d'Espagne, de France, d'Italie et du Royaume-Uni montrent que la consommation de cannabis chez les personnes de ce groupe d'âge a augmenté à un rythme plus élevé que dans tout autre groupe d'âge. La progression de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les 15-24 ans et les 25-34 ans dans ces pays a été nettement moins marquée et, dans certains cas, la prévalence a reculé.

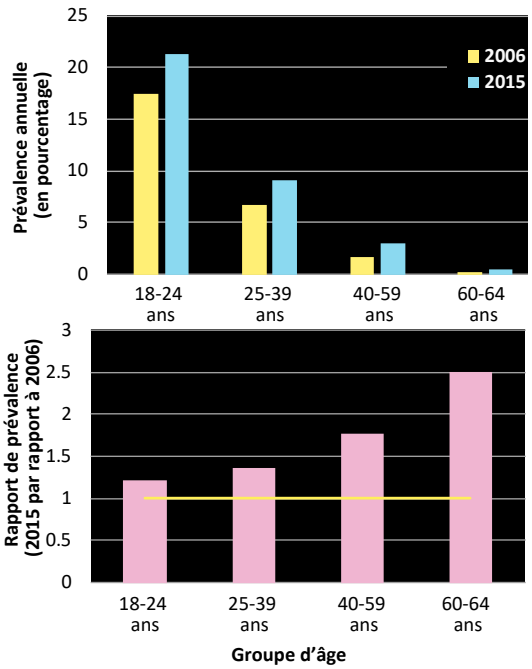
En Australie, on a observé un léger recul du taux de prévalence annuelle de la consommation de drogues chez les 14-19 ans entre 2007 et 2016, mais les taux de prévalence ont augmenté de 60 % à 70 % parmi les 50-59 ans et les personnes de 60 ans ou plus.

Au Chili, la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les 45-64 ans a quadruplé au cours de la décennie achevée en 2016 et a été multipliée par près de 30 entre 1996 et 2016. L'accroissement de la prévalence annuelle de la consommation de cannabis a été moins marqué parmi les groupes d'âge les plus jeunes. Un schéma analogue a été observé pour la consommation de cocaïne : la prévalence annuelle a diminué chez les 12-18 ans et les 19-25 ans entre 1996 et 2016, mais elle a été multipliée par 14 parmi les 35-44 ans.

Quels facteurs peuvent expliquer l'ampleur accrue de la consommation de drogues ?

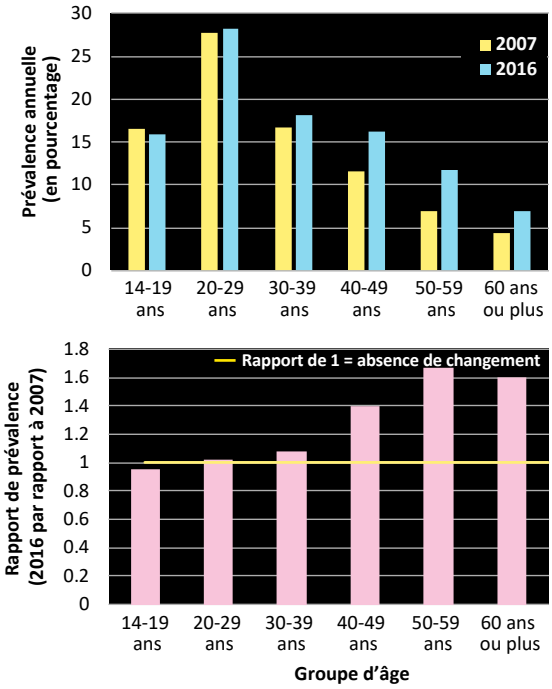
Un certain nombre de facteurs pourraient expliquer

FIG. 14 Prévalence annuelle de la consommation de drogues et évolution en Allemagne, par groupe d'âge, 2006-2015



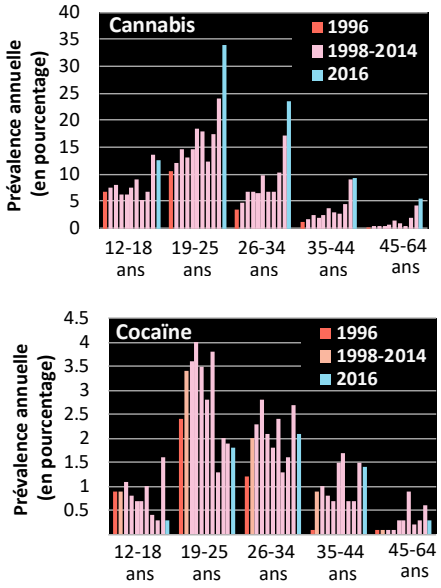
Source : D. Piontek, E. Gomes de Matos, J. Atzendorf et L. Kraus, Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und des klinisch relevanten Cannabisgebrauchs nach Geschlecht und Alter 1990-2015 (Munich, IFT Institut für Therapieforschung, 2016).

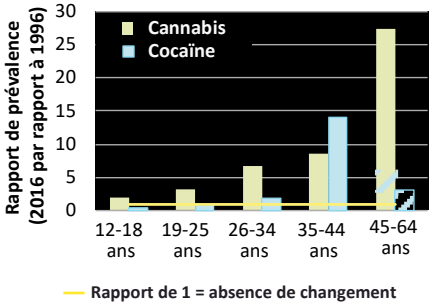
FIG. 15 Prévalence annuelle de la consommation de drogues et évolution en Australie, par groupe d'âge, 2007-2016



Source : Australian Institute of Health and Welfare, National Drug Strategy Household Survey 2016: Detailed Findings, Drug Statistics Series No. 31 (Canberra, septembre 2017).

FIG. 16 Évolution de la prévalence annuelle de la consommation de drogues au Chili, par groupe d'âge, 1996-2016





Source : Service national de prévention et de traitement de l'abus de drogues et d'alcool (SENDA), Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016 (Observatoire chilien des drogues, décembre 2017).

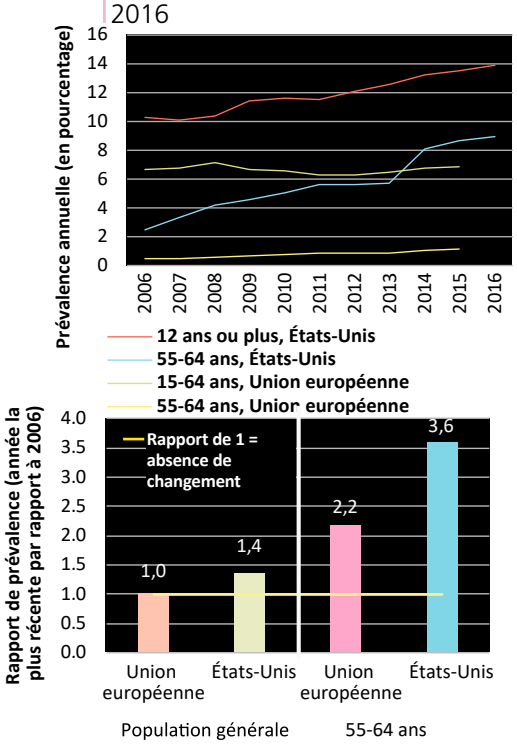
Note : La prévalence annuelle de la consommation de cocaïne aurait été inférieure à 0,1 % en 1996 chez les 45-64 ans.On s'est toutefois fondé sur une prévalence de 0,1 % pour calculer le rapport. Vu l'incertitude entourant cette hypothèse et la possibilité que le rapport soit nettement supérieur, on a représenté par une barre hachurée l'augmentation de la consommation de cocaïne chez les 45-64 ans sur la période 1996-2016.

l'augmentation de la prévalence de la consommation de drogues observée chez les personnes d'âge mûr dans certains pays. L'évolution de la perception des risques associés à la consommation de drogues, l'accroissement de l'offre de drogues, la progression du processus d'acceptabilité sociale de la consommation de drogues et l'automédication destinée à combattre la douleur ou l'angoisse, ou encore les difficultés liées à la retraite, peuvent contribuer à l'initiation à la consommation de drogues ou à la reprise de cette consommation chez les personnes d'âge mûr. L'effet de cohorte pourrait également jouer un rôle : des groupes de personnes ont en commun des expériences sociales et culturelles liées à l'époque de leur naissance. Ces expériences pourraient être différentes de celles des cohortes précédentes. L'augmentation de la consommation de drogues constatée parmi la population plus âgée pourrait être la conséquence du vieillissement d'une cohorte de consommateurs pour lesquels la prévalence de l'usage de substances est plus élevée que celle des cohortes précédentes.

On relève que, dans les pays occidentaux, les personnes appartenant à la génération issue du baby-boom (née entre 1946 et 1964) ont consommé des drogues dans leur jeunesse davantage que la génération précédente. Beaucoup d'entre elles ont continué d'en consommer jusqu'à un âge avancé, d'où l'augmentation de la prévalence de la consommation de drogues constatée chez les groupes d'âge les plus âgés dans de nombreux pays développés à mesure que cette cohorte vieillit. [276, 277, 278, 279]

Aux États-Unis, par exemple, on a constaté des augmentations importantes de la consommation au cours de l'année écoulée de cannabis chez les personnes âgées

FIG. 17 Prévalence annuelle de la consommation de cannabis et évolution aux États-Unis d'Amérique et dans l'Union européenne au sein de la population générale et chez les 55-64 ans, 2006-2016



Source : États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016 National Survey on Drug Use and Health, et années antérieures ; et EMCDDA, Bulletin statistique 2017.

Note : Les taux de prévalence pour l'Union européenne sont des moyennes des estimations nationales pondérées en fonction de la population. Pour les années pour lesquelles le taux de prévalence n'est pas disponible pour un pays, ce taux est obtenu par interpolation linéaire entre les valeurs correspondant aux années pour lesquelles on dispose d'un taux national ou, à défaut, en utilisant le taux de l'année la plus proche.

de 50 ans ou plus. Cette tendance reflète en partie le vieillissement des personnes appartenant à la génération du baby-boom, qui ont signalé des taux d'usage de substances plus élevés que ceux de la génération précédente.[280, 281] Chez les 50-59 ans, la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée est passée de 3,1 % à 5,7 % entre 2002 et 2007, et le taux d'usage non médical de

276 Caryl M. Beynon, « Drug use and ageing: older people do take drugs! », *Age and Ageing*, vol. 38, no 1 (2009), p. 8 à 10.

277 Roger Nicholas et al., *Preventing and Reducing Alcohol- and Other Drug-Related Harm among Older People: A Practical Guide for Health and Welfare Professionals* (Adélaïde, Australie du Sud, National Centre for Education and Training on Addiction, Flinders University, 2015).

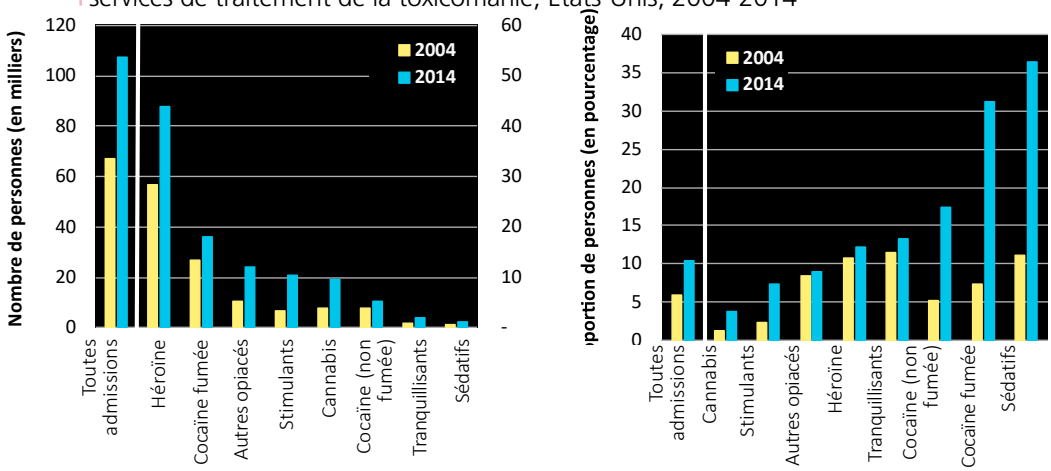
278 Beth Han, Joseph Gfroerer et James Colliver, « An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States », *OAS Data Review* (Rockville, Maryland, Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), août 2009).

279 Frederic C. Blow et Kristen L. Barry, « Alcohol and substance misuse in older adults », *Current Psychiatry Reports*, vol. 14, no 4 (2012), p. 310 à 319.

280 Li-Tzy Wu et Dan G. Blazer, « Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review », *Journal of Ageing and Health*, vol. 23, no 3 (2011), p. 481 à 504.

281 Benjamin H. Han et al., « Demographic trends among older cannabis users in the United States, 2006-13 », *Addiction*, vol. 112, no 3 (2010), p. 516 à 525

FIG. 18 Évolution du nombre et de la proportion des personnes de 50 ans ou plus admises dans les services de traitement de la toxicomanie, États-Unis, 2004-2014



Source : États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Treatment Episode Data Set (TEDS): 1994- 2004 – National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, DASIS Series: S-33, DHHS Publication No. (SMA) 06-4180 (Rockville, Maryland, 2006) ; et États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004-2014 – *National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, BHSIS Series S-84, HHS Publication No. (SMA) 16-4986 (Rockville, Maryland, 2016).

Note : Sur le graphique de gauche montrant le nombre des admissions en service de soins, les chiffres figurant sur l'axe de gauche s'appliquent à « Toutes admissions », tandis que ceux figurant sur l'axe de droite concernent les admissions pour tel ou tel type de drogue.

médicaments délivrés sur ordonnance au cours de l'année écoulée est passé de 2,2 % à 4,4 %. Les caractéristiques associées à l'usage continu de drogues dans ce groupe d'âge étaient le sexe masculin, le célibat, l'initiation précoce à la consommation de drogues, un niveau d'instruction plus faible, la faiblesse du revenu, le chômage induit par un handicap, la consommation récente d'alcool ou de tabac et le fait d'avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours de l'année précédente. Outre l'effet de cohorte de la consommation continue de cannabis par les personnes appartenant à la génération issue du baby-boom, une évolution de la perception du cannabis pourrait avoir contribué à l'augmentation de sa consommation. Au cours de la décennie écoulée, cette consommation peut avoir été influencée par la diminution de la perception du risque de dommage et le débat sur la légalisation de cette drogue.[282, 283, 284]

Parmi les pays européens où la prévalence de la consommation de cannabis est plus élevée chez les personnes d'âge mûr, la consommation croissante de cannabis a été imputée à des effets de cohorte analogues. Les analyses des données historiques montrent que le phénomène est principalement dû au vieillissement d'une cohorte dans laquelle une proportion importante d'individus continue de consommer des drogues, presque exclusivement du cannabis, jusqu'à un âge avancé.[285]

Une initiation tardive et l'évolution de leur environnement pourraient également expliquer l'augmentation des niveaux de consommation de drogues chez les personnes d'âge mûr. Toutefois, l'adolescence (12-17 ans) est généralement considérée comme la période critique concernant le risque d'initiation à l'usage de substances.[286] Aux États-Unis, une étude des consommateurs de drogues âgés de 50 à 59 ans portant sur la période 2002-2007 a établi que très peu d'entre eux avaient

282 Han, Gfroerer et Colliver, « An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States ».

283 William C. Kerr, Camillia Lui et Yu Ye, « Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the 1984-2015 US National Alcohol Surveys », *Addiction*, vol. 113, no 3 (2017), p. 473 à 481

284 *Rapport mondial sur les drogues 2017* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.17.XI.6).

285 EMCDDA, *Selected Issue 2010: Treatment and Care for Older Drug Users* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2010)..

286 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Behavioral Health Statistics and Quality*, « Age of substance use initiation among treatment admissions aged 18 to 30 ».

commencé à consommer des drogues à un âge déjà avancé. Dans environ 90 % des cas, l'initiation était intervenue avant l'âge de 30 ans, et, de même, pour quelque 72 % de ces consommateurs, l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance avait commencé avant cet âge. Seuls 3 % d'entre eux s'étaient initiés à la consommation de drogues et 9 % avaient commencé à utiliser des médicaments délivrés sur ordonnance à des fins non médicales à l'âge de 50 ans ou plus.[287] L'une des raisons d'une initiation tardive à la consommation de drogues était l'automédication de pathologies douloureuses. Les personnes d'âge mûr souffrent davantage de troubles mentaux, tels que la dépression, et sont davantage exposées à des facteurs sociaux de risque de consommation de drogues, comme le deuil, l'isolement social, les problèmes financiers et la faiblesse du soutien social.[288]

La retraite est un événement qui bouleverse la vie des personnes concernées. On ne dispose que de très peu de données sur l'impact de la retraite sur la consommation de drogues. Toutefois, une étude américaine portant sur 978 personnes a examiné différentes formes de retraite et l'impact qu'elles avaient sur cette consommation. Le départ complet à la retraite (c'est-à-dire le fait de quitter complètement la population active) a été associé à une augmentation de la consommation de drogues par rapport au départ retardé et au maintien dans l'emploi. Cela dépendait toutefois de l'âge de la personne au moment du départ complet à la retraite, les retraités les plus jeunes signalant moins de problèmes de consommation de drogues que les plus âgés. Cette relation s'inversait pour ceux qui retardaient leur départ et demeuraient employés dans leur lieu de travail principal : les travailleurs plus jeunes qui, pouvant prétendre partir à la retraite, retardaient ce départ et conservaient leur emploi signalaient moins de problèmes de consommation de drogues que leurs pairs plus âgés.[289]

287 Han, Gfroerer et Colliver, « An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States ».

288 Matthew H. Taylor et George T. Grossberg, « The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review », *Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 14, no 4 (2012).

289 Samuel Bacharach et al., « Retirement and drug abuse: the conditioning role of age and retirement trajectory », *Addictive Behaviors,* vol. 33, no 12 (2008), p. 1610 à 1614.

Traitement de la toxicomanie chez les consommateurs de drogues d'âge mûr

Les consommateurs de drogues vieillissants ont de multiples problèmes de santé

Le processus de vieillissement physique peut être accéléré par les effets cumulés de la consommation de drogues, parmi lesquels l'expérience de surdoses antérieures et le fait que les pratiques d'injection à risque exposent les personnes concernées à des maladies infectieuses comme l'hépatite C et le VIH. Les consommateurs de drogues âgés ont des problèmes de santé que le vieillissement rend normalement plus fréquents, comme les troubles dégénératifs, circulatoires et respiratoires, et le diabète, mais ces problèmes de santé surviennent chez eux plus souvent que chez les personnes de leur âge qui ne consomment pas de drogues. De plus, ces consommateurs âgés ont davantage de problèmes de santé mentale que ces derniers ou que les consommateurs de drogues plus jeunes.[290, 291,292, 293, 294]

Problèmes posés par le traitement et la prise en charge des toxicomanes

L'apparition de troubles liés à la consommation de drogues et de la dépendance à la drogue est l'aboutissement d'interactions complexes entre une exposition répétée aux drogues, d'une part, et des facteurs biologiques, psychosociaux et sociaux, d'autre part. Pour être efficace, le traitement d'une pathologie chronique aussi complexe que la toxicodépendance doit reposer sur une prise en charge continue et la contribution d'un grand nombre de disciplines, telles que la pharmacologie, la thérapie comportementale et le soutien social.[295] Le traitement et la prise en charge de la toxicomanie posent de nombreux problèmes qui sont propres aux consommateurs de drogues âgés ou qui sont aggravés dans leur cas.

290 EMCDDA, *Health and Social Responses to Drug Problems: a European Guide* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017).

291 Selected Issue 2010.

292 Caryl M. Beynon et al., « Self-reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom », *BMC Geriatrics*, vol. 9, no 45 (2009).

293 Lisa Johnston et al., « Responding to the needs of ageing drug users » (EMCDDA, 2017).

294 Caryl M. Beynon, « Drug use and ageing ».

295 ONUDC et OMS, « Principles of drug dependence treatment », document de travail, mars 2008

En présence de multiples pathologies concomitantes, l'état de santé physique des consommateurs de drogues âgés complique encore le traitement de la toxicomanie.[296, 297] On n'a jusqu'à présent guère prêté attention aux troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées : on manque de travaux et de données de recherche sur les interventions relatives à leur traitement, et on trouve peu d'analyses concernant les services de traitement appropriés à leur cas.[298, 299, 300, 301]

Parallèlement à leurs problèmes de santé physique et mentale, les consommateurs de drogues âgés doivent communément supporter les conséquences sociales négatives d'une toxicomanie de longue durée. Il importe d'en tenir compte pour mettre en place un traitement efficace. Ces personnes sont plus susceptibles d'être défavorisées et marginalisées sur les plans social et économique, et d'avoir plus que d'autres fait l'expérience de l'absence de logement ou de la prison. Elles vivent plus souvent et de façon plus cruelle que les personnes du même âge qui ne se droguent pas ou les consommateurs de drogues plus jeunes l'exclusion sociale et le fait d'être isolées de leur famille et de leurs amis, ainsi que l'absence de soutien social. Cette absence est un important prédicteur de rechute.[302, 303, 304]

Le traitement de la toxicomanie se répand chez les personnes d'âge mûr qui consomment des drogues aux États-Unis

Certaines des données de traitement les plus complètes et détaillées proviennent des États-Unis. Selon les données les plus récentes fournies par ce pays, le nombre de personnes âgées de 50 ans ou plus admises dans les services de traitement de la toxicomanie a augmenté de 59 % entre 2004 et 2014. Ce groupe d'âge représente une proportion de plus en plus importante des admissions en service de soins, cette proportion ayant presque doublé pour atteindre 10,4 % au cours de cette période.[305, 306]

L'accroissement du nombre et de la proportion des personnes de 50 ans ou plus qui ont été admises dans les services de traitement durant cette période a été observé pour tous les types de drogues. S'agissant en particulier de la cocaïne, la proportion des personnes de cette tranche d'âge admises dans ces services a sensiblement augmenté. Si le nombre d'admissions en service de soins pour consommation de sédatifs a été relativement faible, les personnes de 50 ans ou plus ont, en 2014, représenté plus d'un tiers du total, contre environ 1 sur 10 une décennie plus tôt. La proportion des admissions de personnes âgées de 50 ans qui font suite à une décision du tribunal ou du système de justice pénale a légèrement diminué entre 1992 (29 %) et 2012 (25 %).[307]

296 Ilana Crome et al., *Our Invisible Addicts: First Report of the Older Persons' Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists* (Londres, Royal College of Psychiatrists, 2011).

297 Nick Doukas, « Older adults in methadone maintenance treatment: a literature review », *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 11, no 3 (2011), p. 230 à 244.

298 Anne Marie Carew et Catherine Comiskey, « Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (2018), p. 48 à 57.

299 Alexis Kuerbis et Paul Sacco, « A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions », *Substance Abuse: Research and Treatment,* vol. 7 (2013), p. 13 à 37

300 Wu et Blazer, « Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review »..

301 Orion Mowbray et Adam Quinn, « A scoping review of treatments for older adults with substance use problems », *Research on Social Work Practice,* vol. 26, no 1 (2016), p. 74 à 87

302 Michelle R. Lofwall et al., « Characteristics of older opioid maintenance patients », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 28, no 3 (2005), p. 265 à 272..

303 Selected Issue 2010.

304 Yih-Ing Hser, « Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 26, no 1 (2007), p. 51 à 60.

305 États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Treatment Episode Data Set (TEDS): 1994-2004 – *National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, DASIS Series S-33, DHHS Publication No. SMA 06-4180 (Rockville, Maryland, 2006).

306 États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004-2014 – *National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, BHSIS Series S-84, HHS Publication No. SMA 16-4986 (Rockville, Maryland, 2016).

307 États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) Concatenated*, 1992 to 2012, ICPSR 25221 (Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2015).

Traitement pour la consommation d'opioïdes en Europe – une cohorte vieillissante de consommateurs d'héroïne

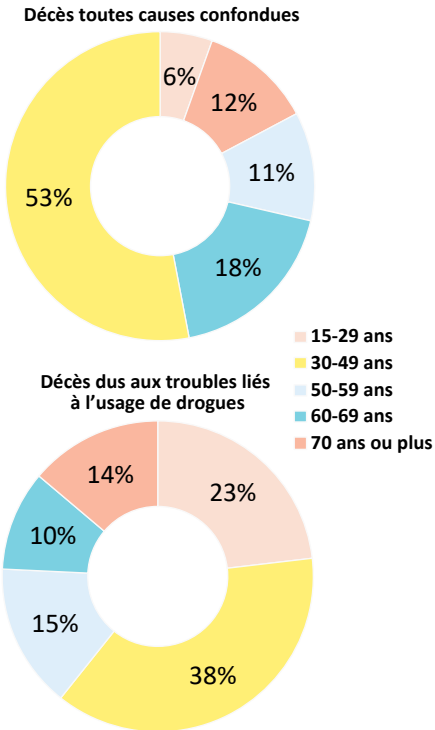
En Europe, les consommateurs d'opioïdes, notamment les usagers de drogues injectables, représentent actuellement une proportion importante des personnes admises en service de soins et, depuis longtemps, le plus grand groupe de personnes ayant besoin d'un traitement spécialisé en matière de drogues. Le nombre de consommateurs d'opioïdes entamant un traitement diminue, mais la proportion de patients âgés de plus de 40 ans admis en service de soins pour consommation d'opioïdes est passée de 1 sur 5 en 2006 à 1 sur 3 en 2013. Les faits dénotent une importante cohorte vieillissante de consommateurs d'opioïdes qui ont commencé à s'injecter de l'héroïne pendant l'« épidémide d'héroïne » des années 1980 et 1990 et ont modelé et caractérisé les systèmes de traitement spécialisé et à bas seuil d'exigence européens actuels.[308]

Manque d'intérêt actuel face à un problème croissant

La santé des consommateurs de drogues d'âge mûr, notamment de ceux qui ont des antécédents de troubles liés à l'usage de drogues et de toxicodépendance, soulève des problèmes particuliers et de grande ampleur. Le traitement de la consommation de substances est complexifié par la présence de ces troubles mentaux et physiques concomitants. Le manque de données concernant les traitements donnant les meilleurs résultats pour les consommateurs de drogues d'âge mûr aggrave encore la situation. Il s'agit d'un phénomène relativement récent et on peut craindre que les infrastructures de soins et d'accompagnement devant permettre de s'occuper de ces consommateurs qui seront de plus en plus nombreux au cours des prochaines décennies ne soient pas encore en place.

D'une manière générale, le développement d'interventions ou de services destinés spécifiquement aux consommateurs de drogues d'âge mûr n'a pas encore été jugé prioritaire, ce qui tient peut-être au fait que la prévalence de la consommation de drogues est plus faible chez ces personnes que parmi les plus jeunes. En 2010, par exemple, les stratégies antidrogue des pays européens ne mentionnaient pas expressément les consommateurs d'âge mûr, et la situation n'a guère changé depuis. Les programmes de traitement et de prise en charge spécialisés s'adressant à ces consommateurs sont rares en Europe, les jeunes bénéficiant de la plupart des initiatives lancées dans ce domaine.[309, 310]

FIG. 19 Décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues et décès toutes causes confondues, par groupe d'âge, dans le monde, 2015



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

Décès liés à l'usage de drogues parmi les consommateurs de drogues d'âge mûr

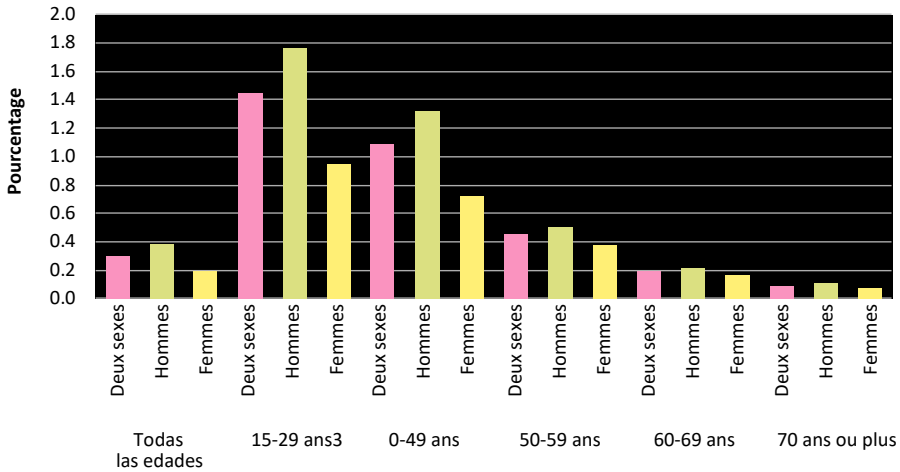
La mort est manifestement la conséquence la plus extrême de l'usage de drogues. Les personnes dont le décès est dû à des troubles liés à cet usage (c'est-à-dire qu'il est provoqué directement par cet usage) sont principalement des jeunes, mais les personnes âgées de 50 ans ou plus n'en représentent pas moins une proportion non négligeable. En 2015, la proportion la plus élevée (53 %) des décès toutes

308 Alessandro Pirona et al., série d'affiches de l'EMCDDA sur le thème « Ageing and addiction: challenges for treatment systems » (Lisbonne, septembre 2015).

309 Selected Issue 2010.

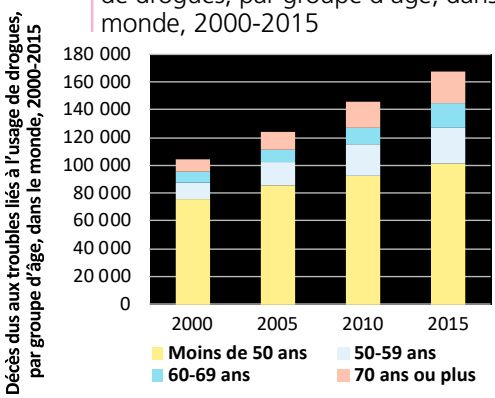
310 Johnston et al., « Responding to the needs of ageing drug users ».

FIG. 20 Proportion des décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues par rapport aux décès toutes causes confondues, par groupe d'âge, dans le monde, 2015



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

FIG. 21 Décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues, par groupe d'âge, dans le monde, 2000-2015



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

causes confondues dans le monde a été observée parmi les personnes âgées de 70 ans ou plus. Les décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues surviennent relativement tôt : près d'un quart (23 %) parmi les 15-29 ans et une proportion importante (38 %) parmi les 30-49 ans. Cependant, une proportion considérable des décès dus à ces troubles (39 %) à travers le monde est observée parmi les consommateurs de drogues âgés de 50 ans ou plus.

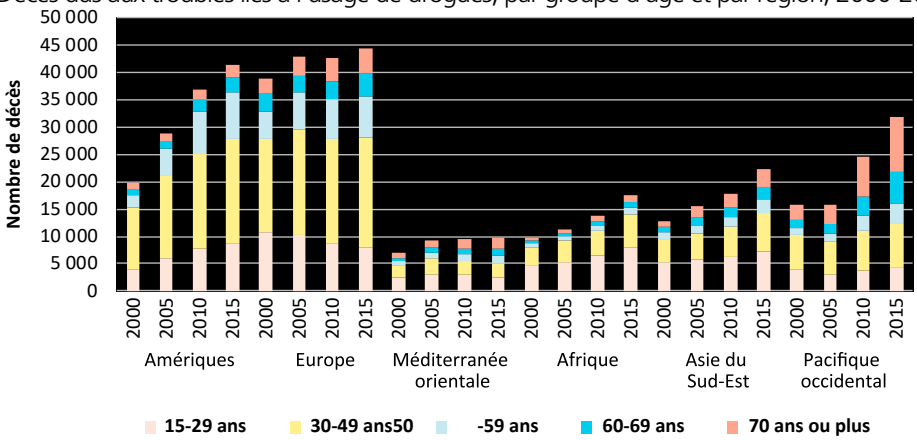
Il convient de noter que pour les personnes âgées de 50 ans ou plus, les décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues représentent une proportion plus faible du nombre total de décès toutes causes confondues ; les décès dus à ces troubles représentent une proportion plus élevée de décès parmi les jeunes. En effet, à mesure que les individus vieillissent, le nombre de causes de décès lié à l'âge augmente.

Toutefois, entre 2000 et 2015, on a relevé une augmentation rapide à travers le monde du nombre de décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues parmi les personnes âgées de 50 ans ou plus. Cette augmentation a été plus marquée que dans le cas des consommateurs plus jeunes. Parmi ces derniers, le nombre de décès de ce type a augmenté d'un tiers, mais parmi les personnes âgées de 50 ans ou plus, il a plus que doublé. D'autre part, ces dernières ont représenté une proportion croissante de décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues : si, en 2000, 27 % de l'ensemble des décès de ce type survenaient parmi les personnes âgées de 50 ans ou plus, en 2015, cette proportion était passée à 39 %.

Le nombre croissant de décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues parmi les personnes âgées de 50 ans ou plus et l'accroissement de la proportion de décès de ce type parmi ce groupe d'âge concernent toutes les régions du monde. En particulier, dans le Pacifique occidental[311] et dans les Amériques, le nombre de décès de ce type survenus parmi les

311 Dans la classification de l'OMS, la région du Pacifique occidental comprend le Cambodge, la Chine, le Japon, la Malaisie, la Mongolie, les Philippines, la République de Corée et le Viet Nam, ainsi que l'Australie et la Nouvelle-Zélande et les pays insulaires du Pacifique.

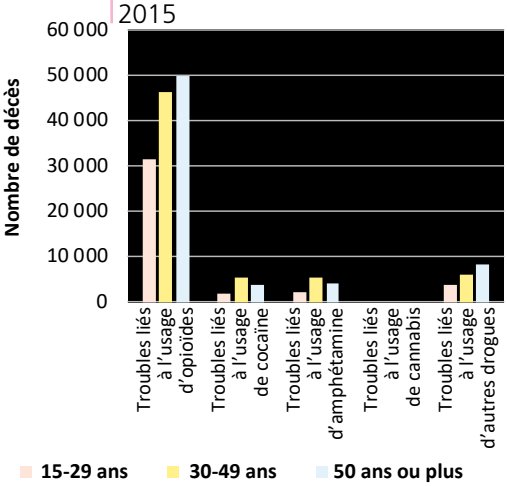
FIG. 22 | Décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues, par groupe d'âge et par région, 2000-2015



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

Note : Les régions correspondent à la classification utilisée par l'OMS.

FIG. 23 | Décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues, par principales catégories de drogues et par âge, dans le monde, 2015



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

personnes appartenant à ce groupe d'âge a plus que triplé entre 2000 et 2015.

En Europe, le nombre de décès par surdose a augmenté entre 2006 et 2013 parmi les personnes âgées de 40 ans ou plus, mais a diminué parmi celles de moins de 40 ans, ce qui reflète en partie le vieillissement des consommateurs d'opioïdes.[312] Au Royaume-Uni, qui représente près d'un tiers des décès par surdose signalés en Europe,[313] on constate depuis 2012 une nette augmentation du nombre de décès liés à l'héroïne et/ou à la morphine. Cette progression est notamment due au vieillissement d'une cohorte d'héroïnomanes, à l'augmentation de la pureté et de la disponibilité de la drogue et à l'évolution des drogues consommées en même temps que l'héroïne et/ou la morphine[314]

Au plan mondial, les trois quarts des décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues survenant parmi les personnes âgées de 50 ans ou plus sont associés à l'usage d'opioïdes. Les troubles liés à l'usage de cocaïne et d'amphétamine représentent dans les deux cas environ 6 % des décès, les 13 % restants étant dus aux troubles liés à l'usage d'autres drogues[315]. Cette distribution reflète un certain nombre de facteurs, à savoir la capacité d'attribuer la cause fondamentale du décès à différentes substances, l'existence de modèles historiques de consommation de drogues et la taille des populations consommant différentes drogues, et la disponibilité et l'efficacité de possibilités de traitement susceptibles de prolonger la vie des consommateurs de drogues.

312 Pirona et al., « Ageing and addiction ».

313 EMCDDA, *Rapport européen sur les drogues 2017 : Tendances et évolutions* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2017).

314 Royaume-Uni, Office for National Statistics, « Deaths related to drug poisoning in England and Wales, 2015 registrations », Statistical Bulletin (septembre 2016).

315 OMS, Estimations sanitaires mondiales de 2015 : décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2015 (Genève, 2016).

GLOSSAIRE

amphétamines – groupe de stimulants de type amphétamine comprenant l'amphétamine et la méthamphétamine.

crack – cocaïne base obtenue par transformation du chlorhydrate de cocaïne, rendu propre à être fumé.

dépendance – définie dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (dixième révision) comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs dans lesquels l'usage d'une substance ou d'une catégorie de substances est beaucoup plus prioritaire pour un individu donné que d'autres activités qui jouaient auparavant un rôle important. L'une des caractéristiques descriptives centrales du syndrome de dépendance est le désir (souvent puissant, parfois irrésistible) de prendre des substances psychoactives.

nouvelles substances psychoactives – substances qui font l'objet d'un usage nocif, que ce soit à l'état pur ou dans une préparation, et qui ne sont pas soumises au régime de contrôle prévu par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ou par la Convention de 1971, mais qui peuvent représenter une menace pour la santé publique. Dans ce contexte, l'adjectif « nouvelles » ne désigne pas nécessairement de nouvelles inventions, mais des substances qui sont devenues disponibles récemment.

opiacés – catégorie d'opioïdes constituée des différents produits dérivés du pavot à opium, dont l'opium, la morphine et l'héroïne.

opioïdes – terme générique désignant les alcaloïdes du pavot à opium (opiacés), leurs analogues de synthèse (principalement des opioïdes soumis à prescription ou médicaments opioïdes) et des composés synthétisés par le corps.

pâte de coca (ou coca base) – extrait des feuilles du cocaïer ; la purification de la pâte de coca donne de la cocaïne (cocaïne base et chlorhydrate de cocaïne).

personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues/ présentant des troubles liés à l'usage de drogues– sous-groupe de personnes qui consomment des drogues, qui nécessitent un traitement, des soins de santé, une aide sociale et une réadaptation. L'utilisation de substances nocive pour la santé et la dépendance sont des troubles liés à l'usage de drogues.

prévalence annuelle – nombre total de personnes d'une classe d'âge donnée qui ont pris une drogue donnée au moins une fois au cours de l'année écoulée, divisé par le nombre de personnes de la classe d'âge en question, exprimé en pourcentage.

prévention de l'usage de drogues et traitement des troubles liés à l'usage de drogues – la « prévention de l'usage de drogues » vise à empêcher ou à retarder l'initiation aux drogues ainsi que l'apparition de troubles liés à l'usage de drogues. Une fois ces troubles apparus, un traitement, une prise en charge et une réadaptation sont nécessaires.

sel de cocaïne – chlorhydrate de cocaïne.

stimulants de type amphétamine – groupe de substances constitué de stimulants synthétiques qui ont été placés sous contrôle au titre de la Convention sur les substances psychotropes de 1971 et qui appartiennent au groupe des amphétamines, lequel comprend l'amphétamine, la méthamphétamine, la méthcathinone et les substances de type « ecstasy » (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) et ses analogues).

troubles liés à l'usage de substances ou de drogues – le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) (5e éd.) de l'Association américaine de psychiatrie définit le « trouble lié à l'usage de drogues ou de substances » comme une accumulation de symptômes résultant de l'usage d'une substance que le sujet poursuit bien qu'il ait déjà connu des problèmes résultant de l'usage de substances. En fonction du nombre de symptômes détectés, un trouble lié à l'usage de substances peut être modéré ou grave.

usage de drogues – usage de substances psychoactives placées sous contrôle à des fins autres que médicales ou scientifiques, sauf mention contraire.

usagers problématiques de drogues – personnes ayant un comportement de consommation à haut risque, comme les usagers injecteurs, les consommateurs quotidiens ou ceux au sujet desquels un diagnostic de troubles liés à l'usage de drogues (usage nocif ou dépendance à la drogue) a été posé sur la base des critères cliniques définis dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) (5e éd.) de l'Association américaine de psychiatrie ou dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (dixième révision) de l'Organisation mondiale de la Santé.

utilisation de substances nocive pour la santé – définie dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (dixième révision) comme un mode de consommation qui est préjudiciable à la santé physique ou mentale.

GROUPES RÉGIONAUX

Les désignations des régions et sous-régions figurant dans le *Rapport mondial sur les drogues* ne sont pas des désignations officielles ; elles correspondent aux groupes suivants:

- Afrique australe : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe
- Afrique de l'Est : Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Maurice, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles et Somalie
- Afrique de l'Ouest et centrale : Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo
- Afrique du Nord : Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Soudan, Soudan du Sud et Tunisie
- Amérique centrale : Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama
- Amérique du Nord : Canada, États-Unis d'Amérique et Mexique
- Amérique du Sud : Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guyana, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay et Venezuela (République bolivarienne du)
- Caraïbes : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Bermudes, Cuba, Dominique, Grenade, Haïti, Jamaïque, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines et Trinité-et-Tobago
- Asie centrale et Transcaucasie : Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan
- Asie de l'Est et du Sud-Est : Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Indonésie, Japon, Malaisie, Mongolie, Myanmar, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste et Viet Nam
- Asie du Sud : Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal et Sri Lanka
- Asie du Sud-Ouest : Afghanistan, Iran (République islamique d') et Pakistan
- Proche et Moyen-Orient : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, État de Palestine, Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne et Yémen
- Europe du Sud-Est : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Monténégro, Roumanie, Serbie et Turquie
- Europe occidentale et centrale : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie
- Europe orientale : Bélarus, Fédération de Russie, République de Moldova et Ukraine
- Océanie : Australie, Fidji, Îles Marshall, Îles Salomon, Kiribati, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et petits territoires insulaires

ONUDC
Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime

UNODC
Research

Comme celle de l'année dernière, qui marquait le vingtième anniversaire de la publication, l'édition 2018 du *Rapport mondial sur les drogues* se présente sous la forme de cinq fascicules conçus pour rendre la lecture plus agréable tout en préservant la richesse des informations fournies.

Le fascicule 1 expose succinctement le contenu des quatre fascicules suivants ainsi que les implications stratégiques des constatations qui y sont faites. Le fascicule 2 donne un aperçu général des estimations et tendances les plus récentes en ce qui concerne l'offre et l'usage de drogues et leurs conséquences pour la santé. Le fascicule 3 passe en revue les estimations et tendances actuelles relatives à la culture, à la production et à la consommation des trois drogues d'origine végétale (cocaïne, opiacés et cannabis), examine les dernières évolutions des politiques suivies à l'égard du cannabis et analyse le marché mondial des drogues de synthèse, y compris les nouvelles substances psychoactives. Le fascicule 4, consacré à l'ampleur de l'usage de drogues dans les différentes tranches d'âge, en particulier chez les jeunes et les personnes plus âgées, analyse les risques et vulnérabilités des jeunes face à la consommation de drogues, les conséquences sanitaires et sociales qui en résultent pour eux, le rôle des jeunes dans l'offre de drogues et les problèmes liés aux soins de santé nécessités par les consommateurs d'âge mûr. Enfin, le fascicule 5 porte sur des questions intéressant spécifiquement l'usage de drogues chez les femmes, notamment les conséquences sanitaires et sociales de cette pratique et l'accès des femmes au traitement des troubles qui y sont liés ; il examine également le rôle joué par les femmes dans la filière de la drogue.

Comme toutes les précédentes, l'édition 2018 du *Rapport mondial sur les drogues* vise à faire mieux comprendre le problème mondial de la drogue et à contribuer au renforcement de la coopération internationale face aux conséquences de ce phénomène en matière de santé et de sécurité.

L'annexe statistique est publiée sur le site Web de l'ONUDC : https://www.unodc.org/wdr2018.