

UNIVERSITE D'ARTOIS-UFR EGASS
ÈCOLE DOCTORALE SESAM (ED n°73)
Laboratoire Lille Économie Management (LEM UMR 9221) - CNRS

THESE

Pour obtenir le grade de DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ARTOIS

Discipline : Sciences Économiques

Présentée et soutenue publiquement le **05 juin 2018** par

MOHAMED ANE

La Prévention Familiale des Addictions

Directeur de thèse : Professeur Stéphane Callens

Composition du jury :

- | | |
|---------------------------|---|
| M. Christian Ben Lakhdar, | Professeur à l'Université de Lille 2 (Président) |
| Mme. Isabelle Varescon, | Professeur à l'Université Paris Descartes- Sorbonne Paris (Rapportrice) |
| M. Mickael Naassila | Professeur à l'Université d'Amiens (Rapporteur) |
| Mme. Sophie Massin, | Maître de conférences à l'Université d'Artois (Examinatrice) |

Résumé

Notre objectif principal dans ce travail consiste à analyser les facteurs associés à la consommation problématique d'alcool, de tabac ou de cannabis, et aux rôles respectifs des lois et de la communication gouvernementale et intrafamiliale des dangers liés à leur usage.

Globalement, la norme et le contrôle parental jouent un rôle déterminant dans l'usage de ces trois substances par les 15-25 ans et sont souvent associés à l'intention de rester non-consommateur de tabac, de retarder l'initiation du cannabis et aux intentions de diminuer le nombre de verres bu au cours d'une même soirée ainsi que les alcoolisations ponctuelles importantes (API) fréquentes chez les plus jeunes (15-17 ans). En outre, nos résultats montrent que le sujet relatif aux dangers des drogues comme le cannabis est bien discuté dans les familles mais pas de façon récurrente et que cette discussion est fortement liée au genre.

Nos analyses suggèrent la nécessité de lutter contre le tabagisme quotidien des 15-17 ans car toutes les actions prises permettront *in fine* de lutter contre l'initiation précoce du cannabis. Concernant les non-consommateurs comme les consommateurs de cannabis et d'alcool (API), les efforts de prévention à l'expérimentation et, à la diminution ou à l'arrêt de l'usage devraient être axés prioritairement sur l'amélioration des compétences parentales et sur la résistance à la pression des pairs.

Mots clés : addiction, alcool, tabac, cannabis, compétences parentales, programme de renforcement familial, prévention, éducation à la santé.

Remerciements

Cette partie est probablement la plus facile à écrire. Elle commence la thèse et pourtant elle est écrite en dernier, lorsque celle-ci est terminée. C'est un moment de joie et de reconnaissances envers toutes les personnes qui ont accompagné de près ou de loin ce travail. La rédaction d'une thèse est une aventure de recherche, mais également une aventure humaine au cours de laquelle les différentes relations de travail et d'amitié tissées sont importantes.

Mes premiers remerciements s'adressent au Professeur Stéphane Callens, qui m'a donné l'opportunité de travailler sur ce projet de recherche au cours de ma thèse. Merci de m'avoir accompagné, conseillé et soutenu tout au long de ces aventures. Toutes ses considérations ont largement contribué à l'aboutissement de ce travail.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté cette collaboration. La lecture de leurs travaux m'a beaucoup aidé à l'aboutissement de cette réflexion.

Je remercie également les organismes ayant mis à ma disposition la logistique nécessaire pour la réalisation matérielle de cette thèse. Il s'agit de la Santé Publique France à travers Béatrice Lamboy qui m'a donné la possibilité d'exploiter la base de données dite « Tracking » pour mes besoins d'enquête mais aussi l'Université d'Artois, le laboratoire LEM et l'école doctorale ED SESAM pour m'avoir offert de très bonnes conditions de travail.

Je remercie aussi, Madame Sophie Massin d'avoir accepté de faire la relecture de certains chapitres de cette thèse et d'avoir émis des commentaires si constructifs qui m'ont permis d'avoir plus de hauteur dans la rédaction.

Enfin, je remercie vivement ma famille qui m'a moralement et financièrement soutenu tout au long de cette aventure.

Liste des publications associées à la thèse

Articles scientifiques (en soumission)

- ANE, M. « l'impact de la norme subjective et de la loi sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis chez les 15-25 ans en France ».
- ANE, M. « Enquête concernant le lien entre l'autonomie, l'usage de stupéfiants et les addictions des adolescents dont ceux pris en charge par la PJJ et la supervision parentale ».

Communications orales

- ANE, M. « Impact de la publicité sur la demande d'alcool », Séminaire interne (LEM-Artois) du 05/04/ 2015.
- ANE, M. « Premiers résultats et modèles d'exploitation des données de l'enquête ESCOPAD », demi-journée des doctorants (LEM-Artois) du 05/06/ 2016.
- ANE, M. « La vigilance parentale », Journée des doctorants (LEM) du 05/07/ 2017.
- ANE, M. Pré soutenance, journée des doctorants (LEM) du 17/05/2018

Table des matières

Résumé	i
Table des matières	iv
Liste des tableaux	viii
Table des figures	ix
INTRODUCTION GENERALE	10
Chapitre 1 L'économie comportementale : un prolongement de la TAR dans l'analyse de la supervision parentale ?	26
1 Introduction	26
2 Méconnaissance du rôle de la supervision parentale dans l'économie standard des addictions	28
3 Cadrage théorique	30
4 La supervision parentale des addictions	32
4.1 La voie de la déviance	33
4.1.1 Des éléments théoriques	33
4.1.2 Des éléments empiriques	35
4.2 La voie de la résilience	38
4.2.1 Des éléments théoriques	38
4.2.2 Des éléments empiriques	41
4.3 Implications en termes de politiques publiques	44
5 L'analyse de la prise de décision des consommateurs de drogues au sens de Kahneman et Tversky	47
5.1.1 Modélisation de l'option A : les consommateurs occasionnels	48
5.1.2 La modélisation de l'option C : les consommateurs accrochés	49
5.1.3 Les renversements de préférences	49
5.2 L'aversion forte aux risques	50
5.3 Le rôle des émotions	51
5.3.1 Apports théoriques sur les émotions à court terme	52
5.3.2 Apports théoriques sur les émotions à long terme	53
6 Conclusion	54
Chapitre 2 La vigilance parentale	56
1 Introduction	56
2 Présentation du cadre théorique	57
2.1 La vigilance parentale : de Baumrind à Omer	57
2.2 Les trois styles parentaux de Baumrind	57
3 Résilience et vigilance parentale	58
3.1 Style parental et résilience	58

3.1.1	La notion de résilience précise la « hiérarchie » des styles parentaux	59
3.1.2	La résilience, un fonds culturel très ancien	59
4	Présentation des tests empiriques	61
4.1	La vigilance parentale : interprétation des évolutions à long terme	61
4.1.1	Aires culturelles et formations du contrôle de soi	68
4.2	Les dynamiques des organisations	72
4.3	Conclusion : une formulation de politiques en termes de processus civilisateurs	74
5	Conclusion	75
	Chapitre 3 L'impact de la publicité sur la demande d'alcool	77
1.	Introduction	77
1.1	Quelques données de cadrage pour la consommation d'alcool en France chez les adolescents	78
1.2	Contexte d'alcoolisation des adolescents	80
1.3	Vue d'ensemble de la question	81
1.3.1	La législation sur la publicité d'alcool en Europe	82
1.3.2	La législation sur la publicité d'alcool en France	83
2.	Le lien entre la publicité et l'économie	84
2.1	Synthèse de la littérature sur l'exposition des adolescents à la publicité d'alcool	86
2.2	L'impact de la publicité sur la demande d'alcool	89
3.	Publicité et demande	90
3.1	Publicité et modification des préférences	90
3.1.1	La modélisation des préférences	91
3.1.2	Les effets d'accoutumance	91
3.2	L'impact de la publicité sur la demande	96
3.3	L'impact de l'effet participation sur le produit alcool	98
4.	Conclusion	100
	Chapitre 4 L'impact des normes parentales sur les comportements de consommation	102
1	Introduction	102
2	Évolution générale de la littérature sur le monitoring parental	103
2.1	Parents et pairs	104
2.2	Styles parentaux et addictions	105
2.3	Un modèle de vigilance ou d'autorité parentale : un résumé	106
3	Cadre d'analyse	109
4	Méthode	112
4.1	Recueil des données et échantillon	112
4.2	Mesures	113

4.2.1	Variables sociodémographiques	113
4.2.2	Comportements de consommation	113
4.2.3	Déterminants psychosociaux	113
4.2.4	Les comportements parentaux	114
5	Analyses statistiques	114
5.1	Résultats	114
5.2	Analyses descriptives	114
5.2.1	Structure de l'échantillon des 15-25 ans	114
5.2.2	Les comportements de consommation par substance et profils associés des 15-25 ans	114
5.2.3	Les déterminants psychosociaux	115
5.3	Les comportements parentaux	116
5.3.1	La norme parentale subjective perçue par les 15-25 ans	116
5.3.2	L'interdit parental (déclaré par le jeune)	117
6	Discussion	120
7	Conclusion	123
	Chapitre 5 Les programmes de renforcement familial	125
1	Introduction	125
2	Définition de la prévention des addictions	129
2.1	Approche internationale	131
2.2	Approche européenne	132
2.3	Approche nationale (France)	133
3	Synthèse des actions de prévention des drogues à l'international, en Europe et en France	134
3.1	Les actions de prévention à l'international (approche fondée sur des données probantes)	135
3.2	Les actions de prévention en Europe	137
3.3	Les actions de prévention en France	138
4	Les législations sur le cannabis aux Etats-Unis, en Europe, en France	142
4.1	Les législations américaines sur le cannabis	143
4.2	Les législations en Europe sur le cannabis	144
4.2.1	Analyse des méfaits de la prohibition française sur le cannabis	145
4.2.2	L'émergence d'un marché criminel en France	146
4.2.3	Le déplacement de la politique de santé vers la justice	148
5	Etat des connaissances des programmes de prévention des conduites addictives	152
5.1	Les programmes de prévention efficace en milieu scolaire	153
5.2	Les programmes de prévention « efficace » dans les familles	156

5.3	Les programmes de prévention dans les communautés	159
6.	Conclusion	161
	Conclusion générale	162
	Bibliographie	171

Liste des tableaux

Tableau 1 : Trends européens (1995-2015)	62
Tableau 2 : Déterminants du contrôle de soi	67
Tableau 3: Sens de variation si la compétition entre région se réduit ou si les affiliations augmentent	72
Tableau 4 : Styles parentaux aux effets négatifs	104
Tableau 5 : L'influence des normes parentales chez les consommateurs et non-consommateurs d'alcool	116
Tableau 6 : L'influence des normes parentales chez les consommateurs réguliers et non-consommateurs de cannabis	117
Tableau 7 : Discussion des risques liés à l'usage de cannabis chez les 15-17 ans	118
Tableau 8 : Discussion des risques liés à l'usage de cannabis chez les 18-21 ans	119
Tableau 9 : Discussion des risques liés à l'usage de cannabis chez les 22-25 ans	119
Tableau 10 : Synthèse des programmes ciblés en milieu scolaire (Du Roscöat et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013)	155
Tableau 11 : Synthèse des programmes universels en milieu scolaire (Du Roscöat et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin., 2013)	156
Tableau 12 : Synthèse des programmes universels en milieu familial (Du Roscöat et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013)	157
Tableau 13 : Synthèse des programmes ciblés en milieu familial (Du Roscöat et al., 2013 ; Guillement et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013)	158

Table des figures

Figure 1 : Maltraitance familiale justifiée (WVS, 2014)	64
Figure 2 : Prévalence cumulée TAD dans le monde (OMS, 2017)	68
Figure 3 : Incidence des homicides dans le monde (Banque Mondiale, 2017)	69
Figure 4 : Impact de la publicité sur la demande (Lemennicier et al.,1998)	97
Figure 5 : Impact de l'effet participation sur le produit alcool (Lemennicier et al., (1998)	99
Figure 6 : Réponse autoritaire	107
Figure 7 : Modèle de Born	108
Figure 8 : Vigilance parentale	109

INTRODUCTION GENERALE

Le phénomène de la consommation de substances psychoactives qui est, aujourd'hui plus qu'hier, une conduite à risque largement répandue dans nos sociétés touchant particulièrement les adolescents. C'est à ce titre qu'elle peut être ainsi qualifiée de véritable problème de santé publique. S'intéresser aux actions qui visent à diminuer non seulement le trafic, mais également le problème de la production et de la consommation problématique apparaît nécessaire pour les États pour des raisons de responsabilité d'un côté et de l'autre, pour mettre en place des stratégies de prévention efficace dont l'objectif principal devrait s'inscrire dans une démarche de promotion à la santé des jeunes et non de trop interdire ni de trop punir.

Cependant, avant de s'intéresser aux enjeux de politiques publiques des différentes drogues, en amont, il nous paraît essentiel de positionner notre réflexion d'une part, par rapport aux profondes mutations sociales (le repli sur soi, la désocialisation, l'évolution de la famille, la culture de l'excès, la recherche en permanence du plaisir et de sensations fortes...) que semblent subir les sociétés occidentales modernes et de l'autre, par rapport à l'évolution des pratiques addictives vers des comportements à risque pour mieux comprendre les difficultés auxquels sont confrontés les professionnels de la santé, les praticiens et les chercheurs dans la compréhension du phénomène des addictions.

En effet, ces changements sociétaux semblent considérablement modifiés d'abord, les rapports entre les individus (l'individualisme prend de plus en plus de la place dans les relations humaines), ensuite ceux qu'entretiennent l'individu et les biens de consommation (la notion de destruction-créatrice de Schumpeter) et enfin ceux entretenus par l'individu et ses milieux de vie (par exemple la définition de la notion de filiation familiale est devenue compliquée). Ces bouleversements ont non seulement tendance à modifier nos modes de vie mais aussi pourraient nous pousser à un attachement de plus en plus intense aux objets matériels et immatériels à travers la formation d'habitude, celle-ci nous conduisant potentiellement vers un processus d'affaiblissement des mécanismes de contrôle. Ainsi, il semble aujourd'hui que nous assistons pratiquement chez tous les individus à une modification des comportements qui commencerait avec les adultes, les parents, les familles ou avec les institutions, laquelle modification se répercutant directement chez les enfants ou les adolescents.

En souscrivant à cette réflexion, Couteron (2008) pense que ce changement des comportements résulte, en plus de la mutation profonde des sociétés occidentales, de la recherche en permanence de comportements hédonistes des individus et de la culture de l'excès du « toujours plus » seraient désormais parties du quotidien des individus. Dans cet esprit, la compréhension des comportements humains surtout à risque apparaît de plus en plus difficile car les facteurs explicatifs qui entrent en jeu aussi nombreux que différents, ne nous permettraient pas d'établir facilement des liens de causalité entre eux. Cette tâche semble d'autant plus difficile quand il s'agit d'expliquer le phénomène des addictions.

En effet, les addictions peuvent être définies comme des pratiques répétitives à la recherche de fortes sensations pour un plaisir à court terme, elles peuvent prendre la forme de comportements de consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) ou de comportements sans drogue tels que les jeux vidéo, les jeux de hasard, le sport, le travail...

Cette reconnaissance de l'évolution des conduites addictives de la part des acteurs du terrain rendrait également la compréhension du phénomène des addictions de plus en plus complexe car ces deux types de comportements semblent avoir des similitudes étroites quant aux conséquences individuelles, sanitaires et sociales qu'elles provoquent, par exemple, nous pouvons retrouver les mêmes effets négatifs chez le joueur pathologique que chez la personne boulimique ou anorexique, (Doba et Nandrino, 2010). Dans ce travail, nous nous intéresserons uniquement aux comportements de consommation de substances car ils répondent plus aux besoins de cette recherche, mais aussi la littérature présente une imprécision dans ses déterminations premières, et les conclusions.

Parallèlement à cette évolution des conduites addictives, il semble aussi que nous constatons à un basculement de ces pratiques vers des conduites à risque à travers les poly consommations, les alcoolisations ponctuelles importantes régulières, le tabagisme quotidien que nous développerons ultérieurement.

Suivant ces enseignements, des auteurs (Couteron, 2008 ; Obradovic, 2015 ; Couteron et Lascaux, 2015) considèrent cette société en profonde mutation comme une société addictogène¹ qui faciliterait l'entrée et les pratiques addictives des adolescents. Ainsi, certains adolescents deviendraient de plus en plus vulnérables, non pas parce qu'ils sont continuellement exposés à ces facteurs de risque, mais plutôt qu'ils les perçoivent comme un élément positif ou ordinaire faisant partie de leur quotidien. Les transgressions et l'initiation précoce aux drogues apparaissent pour certains comme la trajectoire idéale dans leur processus d'intégration sociale et d'affirmation de soi. Par conséquent, nous nous interrogeons sur les caractéristiques de cette société dite addictogène ?

Nous reconnaissons avec Couteron (2008) que dans cette société addictogène des facteurs de risque comme la consommation abusive de substances psychoactives des jeunes est un des marqueurs sociaux qui influencerait souvent l'organisation et la dynamique familiale. En effet, la cellule familiale n'est plus le lieu de « socialisation » de tous ses membres, mais plutôt un espace de liberté où l'adolescent prend de plus en plus une place importante. Elle semble également être le lieu des enthousiasmes, des doutes, des peurs... de telles sortes que les parents se sentent menacés, affaiblis dans leur rôle éducatif. Pourtois et Demonty (2004) affirment même dans ce sens, que les parents sont devenus incapables d'éduquer leurs enfants comme ils le souhaiteraient. Ils se justifient par le fait que l'encadrement des enfants nécessite aujourd'hui beaucoup d'efforts et de ressources² qui sont souvent absents dans la plupart des familles dans une période de précarité.

Face à ce changement, il semble également existé au sein des familles une interaction des relations entre parent/enfants et un affaiblissement du rôle éducatif des parents car la sociabilisation se fait de plus en plus avec les pairs et non avec les adultes : une socialisation qui passe des pères vers les pairs (Du Roscoät et al., 2015). Ainsi, l'éducation de base qui devrait être construite dans la famille devient de plus en plus difficile au sein de celle-ci.

¹ Ici, on ne parle pas des sociétés agricoles traditionnelles qui ont une culture polarisée par des consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, feuille de cacao, peyotl...).

² Aujourd'hui, l'éducation des enfants nécessite beaucoup d'efforts (physique, temps, patience, communication, d'écoute...) mais aussi de ressources financières pour faire face aux besoins d'éducation, de santé et d'alimentation. En somme, ils ont besoin de bien-être dans leur processus de développement et d'épanouissement.

Parallèlement à cela, la recomposition des structures familiales (familles monoparentales, recomposées...) semble ne pas échapper à cette modification des contenants familiaux et qui entraînerait également comme conséquence, un déséquilibre familial où l'enfant a tendance à perdre ses repères identitaires.

Globalement, cette société se caractériserait par une augmentation des comportements hédonistes des individus : la recherche en permanence du plaisir, du « toujours plus ». Le bien-être social ou matériel constituerait la principale préoccupation des individus, qui est sans cesse stimulé par l'hyper-offre. L'effet marketing prendrait de l'ampleur et ciblerait particulièrement les adolescents³ à travers la culture de l'excès, par exemple, les stratégies publicitaires agressives sur internet ou à la télévision faciliterait l'accès à ces derniers à tous types de bien consommables dont certains sont nuisibles à leur santé mentale et physique en l'occurrence les produits psychoactifs. Cette mise à disposition des produits du plaisir entraînerait à la fois à un affaiblissement des automatismes de contrôle de l'adolescent mais l'exposerait à la répétition des comportements excessifs dont il qualifierait d'un excès naturel.

Suivant cette réflexion, Morel (2010) souligne que le « risque psychotrope » est une illustration parfaite de la société addictogène car celle-ci nous enjoint non seulement à être « le constructeur flexible de notre propre vie », mais aussi nous pousse à chercher à se protéger ; un besoin de sécurité. Ce besoin d'attachement d'un côté, et de l'autre, un besoin sans cesse de nouveautés, deux choses contradictoires, caractérisent dorénavant la société dans laquelle nous vivons.

Partant de ces considérations, nous voyons nettement, la nécessité pour les individus, de trouver de nouveaux équilibres, de nouvelles régulations...pour pouvoir vivre et s'épanouir. De fait, les plus vulnérables, en l'occurrence les adolescents, auront du mal à résister à toutes les tentations liées à la modernité. Déjà, nous pouvons retenir que **rien ne sera plus comme avant**.

Finalement, à la lumière de ces développements, nous sommes tentés de dire que le concept des addictions a non seulement évolué, mais aussi son champ d'analyse et ceci rend complexe la compréhension de cette notion. Par exemple, aujourd'hui, de plus en plus d'experts utilisent le mot prévention des addictions, jugé mieux adapté à cette société moderne en lieu et place de la stratégie dite « guerre à la drogue ». D'ailleurs, il est maintenant établi que le véritable enjeu de la prévention des addictions se situe au niveau du comportement vis-à-vis des substances (usage nocif, abus, dépendance) et non les substances elles-mêmes, (Parquet, 1998)⁴.

³ Obradovic, 2015.

⁴ <http://www.jaibobola.fr/wp-content/uploads/files/reynaud-parquet-et-lagruet---les-pratiques-addictives.pdf>

Les consommations des substances psychoactives illustrent cette problématique dont nous savons qu'elles sont nuisibles pour la santé et le bien-être des adolescents, (Obradovic, 2015). Dans ce sens, l'usage de ces produits par les adolescents constitue un enjeu de santé publique et justifie la mise en place des politiques de prévention de réduction des risques, la diminution ou l'arrêt des usages d'alcool ou de drogues en France. C'est pour cela, depuis 2014, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) a remplacé la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT), ce changement confirme également la reconnaissance de l'évolution des conduites addictives par les politiques mais aussi pour une mise en cohérence des politiques publiques de préventions des addictions sur tout le territoire national.

En France, depuis une quinzaine d'années, sous l'impulsion de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), les niveaux d'usage des drogues licites et illicites à l'adolescence sont documentés à travers un ensemble d'enquêtes représentatives en population générale. Ce dispositif d'observation et de suivi scientifique s'appuie sur les enquêtes HBSC (Health Behavior in School-aged Children), ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs) et ESCAPAD qui questionnent régulièrement les adolescents âgés de 11 à 17 ans. Plus précisément, la première enquête couvre une population adolescente internationale âgée entre 11 et 15 ans. Elle permet d'établir une photographie précise de la santé et du bien-être de ces adolescents et d'en mesurer les évolutions. S'agissant de la seconde enquête, elle couvre les lycéens de 15-16 ans au niveau européen dont la France. Enfin, celle ESCAPAD retrace uniquement les niveaux d'usage des adolescents âgés de 17 ans en France. Nous insisterons particulièrement sur cette dernière enquête en raison de notre zone d'étude (France) mais les données des autres enquêtes seront mobilisées pour des raisons de comparaison des niveaux de consommation, modes de vie ou contextes de consommation. Les données épidémiologiques suivantes reposent sur les travaux de l'OFDT et des dernières enquêtes ESCAPAD, 2014 et ESPAD 2011.

Globalement, chez les 17 ans en France, seulement 8% des adolescents déclarent de n'avoir jamais expérimenté l'alcool, le tabac ou le cannabis, (ESCAPAD, 2014).

→ **l'alcool** : un adolescent de 17 ans sur huit (12%) déclare une consommation régulière. Cette prévalence est en hausse en France entre 2011 et 2014 (11% en 2011). Cette consommation régulière d'alcool reste plus marquée chez les garçons (18% contre 7% chez les filles). En 2011, comparativement aux autres pays européens, les jeunes Français âgés de 15 à 16 ans se situaient en 9^e position sur trente-trois pays pour l'usage d'alcool dans le mois.

En ce qui concerne les alcoolisations ponctuelles importantes (API) en 2014, 49% des adolescents de 17 ans ont déclaré une API au cours du dernier mois. Ce niveau apparaît en baisse par rapport en 2011 (53% en 2011). Les API répétées (au moins 3 fois au cours du mois) suivent cette même tendance baissière (23% contre 22%). En revanche, les API régulières (au moins 10 fois au cours du mois) sont en hausse de 2% à 3% depuis 2005. Cette mode de consommation d'alcool qui se rapproche du phénomène de *binge-drinking* dans les pays anglo-saxons peut justifier en partie le glissement des comportements vers des conduites à risque (un risque de dépendance ou un coma éthylique). Les garçons devancent largement les filles en termes d'API répétées ou régulières.

→ **Le tabac** : 32% des adolescents Français de 17 ans consomment quotidiennement le tabac et l'écart entre les garçons et les filles est de plus en plus faible depuis 2000. Le tabagisme quotidien observait à la baisse s'est inversé depuis 2008. Or, il est aujourd'hui reconnu que le tabagisme est la porte d'entrée de l'usage du cannabis et se distingue des autres substances à travers un fort pouvoir oncogène et pathogène.

→ **Le cannabis** : 48% des adolescents Français de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 9% sont des usagers réguliers. Cette expérimentation est nettement en hausse entre 2011 et 2014, passant de 41% à 48% en 2014, ESCAPAD (OFDT, 2015). L'usage régulier suit cette même tendance, (6% contre 9%) et le niveau d'usage des garçons double celui des filles (12% contre 6%). En 2011, selon l'enquête ESPAD, les adolescents Français scolarisés âgés de 16 ans sont les premiers consommateurs de cannabis en Europe. Or, la France applique une politique de pénalisation effective sur ce produit qui est d'ailleurs considérée comme la plus sévère en Europe (ESPAD, 2011).

Ces données épidémiologiques récentes en France confirment l'adoption des conduites à risque à travers les API régulières qui sont en hausse depuis 2005, le tabagisme quotidien gagne de plus en plus du terrain et l'usage du cannabis l'est également. En cela, elles soulèvent deux questionnements majeurs au regard de la loi de 1970 qui encadre l'intervention publique sur le marché des drogues en France.

Le premier questionnaire repose à la fois sur une banalisation et une libéralisation des drogues licites (*même si la vente d'alcool est désormais interdite au moins de 18 ans, une mesure apparemment sans effet sur le niveau d'usage*) chez les adolescents. Cette banalisation des consommations prendrait le pas sur la norme juridique, ainsi les drogues licites ne sont plus pensées comme un fléau pouvant emporter beaucoup de jeunes comme ce fût le cas à la fin des années 1960 à la suite du drame de l'overdose de Bandol⁵ mais comme un fait ordinaire, banal. Par exemple, pour le tabac, nous constatons une valorisation donnée au fait de fumer chez les jeunes et une absence totale de soutien social à l'arrêt chez ces derniers (Du Roscoät et al., 2015). Or, aujourd'hui ces deux substances causent beaucoup de dommages socio-sanitaires et sont responsables de plus de 100.000 décès évitables par an (OFDT, 2011).

Le second questionnaire remet automatiquement en cause la politique de pénalisation effective appliquée sur le cannabis qui semble ne pas avoir pas ou peu d'effet sur le nombre de consommateurs jeunes (Ben Lakhdar et Tanve, 2013). Cette loi est considérée comme la plus sévère en Europe (ESPAD, 2011) et paradoxalement les interpellations pour usage ont progressé de 35% en France contre 19% en Europe ; la mortalité liée aux usages a progressé de 37% en France contre 14% en Europe (OEDT, 2012). Toujours dans cette remise en cause de cette loi, Ben Lakhdar et Tanve (2013) à partir de leur évaluation économique, soulignent que le coût de la mise en œuvre de cette loi est supérieur au coût social du cannabis.

Aujourd'hui, en France, tout le débat autour de cette loi se focalise principalement sur le statut légal du cannabis. Pour autant, certains auteurs comme Costes (2013) pense que ce débat ne peut pas avoir lieu car il serait purement idéologique ou passionnel. Contrairement à ce dernier, Massin (2013) propose un débat constructif et insiste sur une « clarification des options de réformes pour permettre à chacun de se faire une idée des enjeux et des modalités de cette réforme ». Retenons déjà présent que plusieurs acteurs (politiques, jeunes, chercheurs) interviennent autour de cette problématique avec des réponses aussi divergentes que contradictoires. Nous développerons ce point dans le chapitre 4.

⁵ Bergeron, 1999. « Une jeune fille âgée de 17 ans, est retrouvée morte dans les toilettes d'un dancing de Bandol (Côte d'Azur), des traces de piqûres sur les bras. Un autre jeune de 18 ans du nom de Roger lui avait fait une piqûre d'héroïne. Plusieurs autres jeunes drogués ont été retrouvés, [...] »

Globalement au regard de ces données épidémiologiques, nous reconnaissons avec ces auteurs (Costes, 2013 ; Ben Lakhdar et Tanve, 2013) l'échec total de cette loi. Cet échec ne nous semble pas surprenant car sous la pression du Président Nixon et de sa « guerre aux drogues », l'ONU a imposé cette prohibition à tous ses états membres. La France, par sa loi de 1970 hérite naturellement de ce système prohibitionniste avec tous ses effets pervers. L'Agence nationale de santé publique France (ex : INPES) confirme cet échec en soulignant « qu'il existe un profond clivage entre les équipes de recherche qui produisent des données socio-épidémiologiques et les acteurs et décideurs de l'éducation pour la santé qui mettent en place les actions de prévention. Par ailleurs, les décisions prises au niveau national ne sont pas toujours adaptées aux perceptions et sensibilités locales. »⁶ Fort heureusement, nous partageons avec les auteurs cités précédemment, la profonde conviction qu'une autre politique plus efficace est possible et qui répondrait au mieux aux enjeux actuels du phénomène des addictions.

La prévention des addictions apparaît comme un enjeu de santé publique, et le véritable enjeu de cette prévention se situe au niveau du comportement vis-à-vis des substances (usage simple à la dépendance) et non les substances en elles-mêmes. En ce sens, une politique publique qui s'inscrit dans une démarche d'éducation et de promotion à la santé et non une politique qui met en avant l'interdit ou la prohibition pour le cannabis semble nécessaire.

Ce faisant, dans ce travail, l'approche qui nous paraît la plus cohérente avec les récentes données épidémiologiques citées plus haut et qui permet une mise en cohérence des politiques publiques au travers des conduites addictives multiples, est celle orientée vers la famille. D'ailleurs de nombreuses études (Lussier et Laventure, 2009 ; Doba et Nandrino, 2010 ; Cassen et Delile, 2008 ; Cheinin, 2007 ; Serrano, 2008 ; Buelga et Musitu, 2006) ont souligné l'influence déterminante de la famille sur l'adoption de comportements antisociaux (consommation excessive de substances psychoactives, comportement de délinquance...) des adolescents. En outre, en matière de prévention précoce et de réduction des risques, les interventions qui ciblent les familles ont montré leur efficacité en ce qui concerne le retardement, la diminution ou l'arrêt de l'usage substances psychoactives et la commission d'actes violents des adolescents surtout pour ceux qui vivent dans des familles vulnérables, (OEDT, 2016)⁷. En ce sens, cette prévention de renforcement familial tend *in fine* à stimuler la résilience familiale face aux addictions.

⁶ INSERM. Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Expertises Collectives INSERM. 2^e édition, 2003 : 211 p :

http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/159/expcol_2003_santenf.pdf?sequence=1

⁷ <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001FRN.pdf>

Face à ces considérations, nous cherchons à savoir comment doivent faire les professionnels de santé, les praticiens et les chercheurs, selon des environnements différents (milieu familial, scolaire, festif, dans les communautés, dans les institutions...) pour établir des stratégies de prévention efficaces afin de diminuer la prévalence et les problèmes sociaux, sanitaires, économiques qu'engendrent ce phénomène ?

Pour répondre à notre problématique, et partant du constat d'omniprésence des addictions dans notre société moderne de poly consommation, cette thèse propose d'utiliser des outils fournis par la science économique pour montrer l'insuffisante prise en compte des facteurs familiaux au sein des modèles économiques des comportements d'addiction. Il s'agit plus précisément de montrer que les effets de pairs ont fait l'objet d'une certaine attention chez les économistes, l'analyse des facteurs familiaux ont été peu traités, malgré leur influence évidente sur les choix de consommation des adolescents.

Dans cette recherche de mécanismes d'[re]ajustements ou de nouveaux outils de régulation de la part des autorités publiques, le cadre familial apparaît comme une piste intéressante à explorer. Pour ce faire, d'une manière synthétique, les travaux de Becker (1968 ; 1981 et 1988) seront revisités à travers ses contributions à l'économie du crime, l'économie de la famille et la théorie économique de l'addiction (TAR). Globalement, dans ces différentes recherches, l'auteur mesure l'efficacité de l'intervention publique à partir d'un système de taxation ou de coût-bénéfice. Pour lui, par exemple sur le marché des drogues, la meilleure réponse publique est la maximisation des taxes avec une minimisation des coûts de la répression. Or, cette approche prohibitive et incitative montre ses limites.

- **L'économie du crime**

Le trafic des drogues est accompagné le plus souvent avec de la violence. Ainsi, il donne lieu à la formation d'organisations criminelles qui visent principalement un objectif de profit. En effet, ces criminels cherchent toujours à maximiser leurs gains à travers des parts de marché plus importants. Dans cette quête de profit, Becker (1966) souligne que ces criminels agissent rationnellement. Ils le sont d'autant plus dans les situations où les bénéfices espérés de leur transaction dépassent la probabilité de se faire arrêter et punir. Dans la démarche de l'auteur, l'intervention publique serait efficace lorsque le coût de l'amende est supérieur au coût de la surveillance. Or, dans la pratique, le coût de l'arrestation est souvent marginal par rapport à celui de la surveillance. Si nous reportons ce même raisonnement sur le marché des drogues, la conclusion reste encore valable.

Dans cette configuration, Ben Lakhdar et Tanve (2013) ont raison de souligner que le coût de la mise en œuvre de la loi de 1970 qui encadre l'intervention publique sur ce marché est supérieur au coût social du cannabis. Ainsi, il s'avère nécessaire pour les autorités publiques de revoir leurs mesures répressives qui sont souvent orientées vers des taxations, lesquelles sont inefficaces pour l'ensemble des actes de délinquance et de drogue. Il apparaît ainsi pertinent de repenser à de nouveaux mécanismes d'ajustement ou à de nouvelles méthodes préventives ou répressives dont l'objectif n'est pas de trop interdire, punir ni de trop taxer mais d'éduquer pour promouvoir une éducation à la santé. Son travail a aussi porté sur le rôle de l'investissement social de la part des parents au profit des enfants.

- **L'économie de la famille**

Ces recherches menées dans la théorie du capital humain (Becker, 1965) l'ont vraisemblablement poussé à s'intéresser au rôle de la famille dans la formation de ce capital. Il met en évidence les décisions d'investissements éducatifs des parents au profit des enfants. Ces choix d'investissements s'effectuent au regard des bénéfices escomptés et des coûts liés à ces investissements. La responsabilité sociale des parents est ici engagée sur la prise de décisions d'investissement et aussi la responsabilité de l'État à travers sa politique publique familiale. Par exemple, les parents peuvent effectuer un choix d'établissement éducatif pour leurs enfants entre l'offre éducative privée ou publique sachant que la première est parfois plus appréciée ou plus valorisée en matière de qualité ou de réussite aux examens.

Becker (1981) a également introduit dans sa théorie le principe de l'enfant roi. Il montre que les parents agissent souvent de façon altruiste à l'égard des enfants en investissant considérablement dans leurs enfants pour espérer avoir un retour d'investissement à la retraite. Autrement-dit, l'auteur pense que l'investissement dans les enfants est plus rentable que les assurances retraites malgré l'existence d'une probabilité de non remboursement.

Poursuivant sa réflexion, il pose une problématique intéressante dans le fonctionnement du système d'assistantat ou de sécurité sociale d'aujourd'hui. Pour lui, en matière de politique publique ce système d'incitation monétaire est la conséquence des déséquilibres dans le fonctionnement de la dynamique familiale constatés dans la plupart des familles occidentales modernes. Ce système crée plus de problèmes en matière de rupture familiale ou d'aide intergénérationnelle qu'il n'en résout. Au regard de la société actuelle où la précarité domine il n'est pas naïf de penser que les parents d'aujourd'hui sont plus tentés de financer leur retraite que d'investir massivement dans l'éducation des enfants.

Là aussi, nous ressentons cette même nécessité que dans l'économie du crime de repenser à de nouvelles politiques publiques de renforcement familial en complément avec ce qui existe déjà.

- **La théorie de l'addiction rationnelle (TAR)**

À travers la TAR, Becker (1988) tente de fournir une explication des comportements associés aux addictions au moyen d'un modèle économique de choix rationnel, basé sur la maximisation de l'utilité des sujets. Nous voyons nettement que le phénomène des addictions apparaît, de prime abord, contredire la rationalité et échapper au contrôle exercé par les individus sur leurs choix. De fait, la référence à la rationalité dans le modèle de Becker suscite beaucoup d'interrogations lorsqu'ils font des choix. La notion de choix et de rationalité sont au cœur des développements de l'analyse économique des comportements d'addiction. On s'interroge souvent sur la rationalité des consommateurs de drogue comme des agents qui font certes des choix, mais mauvais pour leur santé (Kopp, 2002) et de surcroît est ce qu'ils sont libres de leur choix ? Dans ce cadre, certains pensent que les consommateurs de drogue ne sont plus des agents économiques rationnels, mais des agents qui ont des comportements économiques « *anormaux* » du fait de leur penchant à cette substance. Cette argumentation se base sur l'idée qu'on ne peut pas facilement se guérir de cette substance, une fois qu'on ait franchi un certain seuil de consommation qui tire vers la dépendance. Dans cette situation, le sujet « *drogué* » devient insensible aux signaux transmis par les prix, mais a uniquement un besoin de renouveler une consommation ultérieure plus importante (Kopp, 2002). Alors, le consommateur de drogue semble être un agent économique irrationnel de demande car ne soucieux guère de sa contrainte budgétaire, ni plus des effets négatifs futurs pour sa santé.

Suivant ces enseignements, une intervention publique orientée vers la répression à travers des taxes ou des amendes apparaissent inefficaces dans la mesure où des consommateurs ne se soucient guère de leur santé ou de leur contrainte de budget. Par exemple, certains consommateurs de tabac ou de cannabis pensent que les dommages sociaux et les conséquences sanitaires sont lointains et incertains. Ce qui importe pour ces derniers, c'est la satisfaction immédiate de leur plaisir. Dans le but de pallier à ces manquements du modèle classique, les économistes prennent conscience de la nécessité de se tourner vers des disciplines connexes pour mieux mobiliser leurs instruments d'analyse de ce phénomène.

La psychologie sociale, s'intéressant à l'environnement immédiat et lointain des consommateurs de drogues pourrait bien combler ces lacunes. Les psychologues sociaux estiment que les normes sociales des individus sont parfaitement en relation avec les caractéristiques du milieu dans lequel ils évoluent. Donc pour comprendre les comportements des individus, il est nécessaire d'analyser leurs milieux de vie, ainsi que les autres personnes avec lesquelles ils sont en interaction en permanence. La mise en relation de l'économie avec la psychologie sociale nous conduit à s'intéresser aux milieux de vie des individus dans lesquels ils font leurs choix. Ce rapprochement a conduit d'ailleurs à l'émergence de l'économie comportementale, en espérant réduire le fossé existant entre l'économie et la psychologie sociale (Ogrodnik, 2015).

Finalement, dans cette recherche de politiques publiques cohérentes qui prendrait en compte à la fois tous les enjeux actuels de la problématique des addictions avec substance et centrées principalement sur la famille, nous avons exploré plusieurs pistes de réflexion avec des outils différents pour espérer toucher l'ensemble des facteurs associés à l'explication des comportements de consommation à risque chez les adolescents. En effet, nous avons regardé entre autres, du côté des facteurs socio-démographiques, culturels, des législations nationales et internationales en nous disant chaque facteur pourrait agir différemment selon la substance analysée. Faire ce travail nous paraissait nécessaire pour pouvoir procéder à des réajustements efficaces en matière de politique publique. Du côté des familles, nous avons observé qu'une vigilance parentale s'impose et du côté de l'État, pour mieux accompagner les familles dans cette vigilance, de nouvelles politiques familiales apparaissent pertinentes. C'est pour cela, nous avons pensé que le système d'incitation monétaire actuel en France devrait être renforcé ou complété avec des mécanismes innovants. Il s'agit principalement des programmes d'éducation ou de soutien à la parentalité. D'ailleurs, ces différents programmes ne semblent plus être dans leur phase expérimentale mais plutôt sont devenus une réalité et ils constituent à cet égard, une demande croissante de la part des États (Centre d'analyse stratégique, 2012)⁸.

Toutes ces considérations ont été prises en compte dans la rédaction de cette thèse, particulièrement l'identification et l'analyse de l'influence spécifique des facteurs familiaux qui participent dans l'explication du développement des conduites addictives chez les adolescents constituent l'essentiel du travail entrepris. Cette thèse s'est construite autour de cinq chapitres.

⁸ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000489.pdf>

Le **premier chapitre** constitue une réflexion critique à travers un questionnement théorique de l'appropriation du concept d'addiction comme objet d'étude par la science économique. Il s'agira principalement de montrer la méconnaissance de la TAR du rôle de la supervision parentale dans l'explication des conduites addictives dans la mesure où l'utilisateur n'est sensible qu'aux signaux transmis par les prix. Pour pallier à ces manquements, il semble nécessaire de se tourner vers d'autres disciplines connexes comme la psychologie sociale pour mieux analyser les comportements de consommation selon l'environnement de l'individu. Son apport (la psychologie sociale) pourrait également aider les politiques dans la mise en place de stratégies efficaces de prévention afin de mesurer l'impact des politiques familiales à caractère monétaire dans la lutte contre les conduites addictives des adolescents. Dans cette démarche de transdisciplinarité du phénomène des addictions, nous mettons en évidence l'approche psychosociale où le « setting » dans le lequel la dynamique et le fonctionnement familial y jouent un rôle déterminant dans l'ajustement des adolescents. Ainsi, il devient nécessaire de promouvoir en son sein les facteurs de protection et de retravailler les facteurs de risque qui semblent augmenter la probabilité de l'adoption de comportements antisociaux des adolescents. C'est pour cela, dans le **deuxième chapitre**, nous analyserons l'importance de la vigilance parentale dans la lutte contre les conduites addictives chez les adolescents. En effet, il apparaît que la vigilance parentale peut retarder l'initiation précoce et/ ou la diminution des quantités consommées d'alcool, de tabac et du cannabis. Une étude réalisée par l'Inserm témoigne dans ce sens et souligne que lorsque les parents ne savent pas où se trouvent leurs enfants le samedi soir ce qui est souvent le cas pour 40% des garçons et un quart des filles, le risque de consommation de l'alcool est multiplié par trois et même par cinq pour le cannabis (Inserm : expertise collective, 2104).

Poursuivant dans la même perspective que les chapitres précédents, nous comptons maintenant dans les chapitres 3 et 4 s'intéresser aux facteurs déterminants qui participent dans l'explication des comportements de consommation des jeunes à travers un questionnement empirique. En effet, plusieurs facteurs sont associés à l'importance de la consommation, parmi lesquels la publicité en faveur de l'alcool ou l'influence parentale pour les trois substances (alcool, tabac et cannabis).

Plus précisément, dans le **troisième chapitre**, nous avons tenté d'étudier pour le cas de l'alcool, l'influence de la publicité sur la demande de ce produit de la part des adolescents français en se référant aux thèses développées par de Becker et Stigler (1977). Nous avons essayé de chercher si réellement la publicité entraînerait un effet d'accoutumance (initiation ou augmentation des quantités consommées) chez les adolescents. Nous avons tenté d'appliquer le concept d'accoutumance à la publicité, une idée qui n'est pas encore développée dans la littérature. Le principe est simple. Nous avons pris comme exemple d'accoutumance bénéfique le cas où l'adolescent prend de plus en plus du plaisir à aimer la publicité sur l'alcool au départ, et au fur et à mesure l'effet cognitif de la publicité influencerait sa consommation : soit il commence à consommer donc il était non buveur ou il augmente la quantité consommée à la suite d'une période très courte. Il en ressort de cette étude que si le temps mis par l'adolescent à regarder la publicité augmente alors il a tendance à aimer davantage la publicité ce qui peut lui pousser soit à augmenter sa consommation d'alcool ou à commencer à consommer de l'alcool sous l'effet cognitif de la publicité à condition que l'effet d'accoutumance bénéfique ne soit pas négligeable par rapport au prix de la drogue. Néanmoins, cette consommation pourrait diminuer au fur et à mesure que l'individu prend de l'âge à cause par exemple de l'accueil d'un nouveau-né ou d'entrée dans la vie active. Dans ces conditions, le consommateur devient sensible aux variations du prix et toute modification de son comportement proviendrait essentiellement du prix ou de son revenu. Globalement, l'impact de la publicité semble négligeable par rapport à d'autres facteurs sociodémographiques tels que : l'âge, le sexe, le niveau de scolarité ou la proximité de l'individu avec les drogues (consommateur ou non-consommateur) mais également de l'influence des normes parentales (objectives et subjectives). C'est pour cette raison que nous avons souhaité approfondir la recherche dans ce sens dans le chapitre suivant.

En effet, notre **quatrième chapitre** vise à comparer les perceptions et les opinions d'adolescents consommateurs et non-consommateurs avec celles de leurs parents afin de mieux comprendre comment la norme sociale et les lois sur les drogues sont perçues par les jeunes français âgés de 15-25 ans au sein de la famille. Cette étude a été réalisée avec le soutien de la Santé Publique France qui a mis à notre disposition une base de données dite le « Tracking » qui retrace l'évolution de certains indicateurs de comportements de santé visés par les actions de prévention des conduites à risque des jeunes telles que la consommation de substances psychoactives.

Contrairement à la littérature développée sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis des jeunes, qui se focalise principalement sur l'individu, nous avons voulu nous démarquer par rapport à celle-ci en essayant de mettre en évidence, d'une part certains déterminants psychosociaux tels que la norme et le contrôle parental car il est aujourd'hui établi que ces différents déterminants permettent de mieux comprendre les comportements de consommation : rester non consommateur (tabac et cannabis), diminuer sa consommation (alcool, cannabis) ou arrêter (tabac). De l'autre, nous nous sommes intéressés aux effets des lois qui encadrent l'intervention publique sur le marché des drogues des jeunes car ils apparaissent inefficaces au regard des données épidémiologiques. Dans la mise en place des actions de prévention efficaces et cohérentes avec les récentes données épidémiologiques, il nous paraît judicieux de la part des États de réfléchir à de nouvelles pratiques en matière de prévention des actions.

Le **cinquième chapitre** s'inscrit dans le prolongement direct de ces réflexions sur les actions efficaces en matière de prévention des conduites addictives des jeunes. Il vise à identifier des stratégies et des programmes de prévention efficaces ou validés par des résultats scientifiques au niveau international en vue de les transposer en France. Cette démarche qui s'appuie sur des données probantes est encore peu développée dans les pays francophones dont la France, comparée aux pays anglosaxons. C'est pour cela, le gouvernement français a mis en place le premier plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives dans l'identification de ces approches innovatrices. Ce plan gouvernemental constitue un enjeu majeur pour la santé publique des populations les plus exposés (les adolescents) afin de diminuer les conséquences sanitaires et les dommages sociaux et doit agir sur différents milieux de vie sociale (milieu scolaire, milieu familial, dans les communautés ou tout autre dispositif accueillant des adolescents) avec divers acteurs.

Tableau récapitulatif

	Approches	Éléments théoriques	Éléments empiriques	Objectifs recherchés	Implications de politiques publiques
Modèle d'interaction social	Interaction sociale	Modèle criminologique de Born (2002)	Susan Mayer (1990); Wolf (2006)	Une explication par les revenus	Politique d'incitation monétaire (aider les familles en difficulté)
		Becker (1968 ; 1981)	Becker et Murphy (1988)	Une explication rationnelle de l'addiction : préférences stables	Système de taxation ou de coût-bénéfice (réduire les externalités négatives)
Modèle de prise décision	Neuroéconomie du contrôle de soi	Thaler et Sheffrin (1981) Tirole et Bénabou (2005)	Redish (2004)	Base neurobiologique de l'addiction : l'incapacité à contrôler la consommation si le cerveau est trop activé	Nécessité de faire évoluer les politiques publiques dans ce sens à travers des programmes de prévention
	Psychologique des horizons temporels	Kahneman et Tversky (1979)	Déficit support social a impact sévère sur les comportements addictifs, Didier (2002) Kumpfer (1999 ; 2003)	Une explication heuristique et rationnelle de l'addiction : incohérence temporelle	Nécessité de faire évoluer les politiques publiques dans ce sens à travers des programmes de prévention

Chapitre 1

L'économie comportementale :

Un prolongement des approches classiques dans l'analyse de la supervision parentale de l'addiction ?

1 Introduction

Les économistes ne se sont intéressés à la notion d'addiction qu'à la fin des années quarante. En fait, c'est à partir de cette période où la production, le trafic et l'usage des stupéfiants ont été constatés par les organismes internationaux. En même temps les pouvoirs publics ont commencé à allouer des budgets dans la lutte contre le trafic, ainsi l'économiste apparaît *de facto* pour proposer des outils d'analyse qui permettent de limiter les problèmes et les biais qui en découlent. Partant de ce constat, il devient primordial pour ces derniers de se pencher sur cette problématique afin de proposer un ensemble de modèles et d'outils qui décrivent les comportements individuels des personnes.

Dans l'appropriation du concept d'addiction comme objet d'étude par la science économique, un tournant décisif apparaît à la fin des années 1980, lorsque Becker et Murphy présentent leur Théorie de l'addiction rationnelle (TAR), variante spécifique de la Théorie du choix rationnel (TCR), pour expliquer les comportements addictifs. La TAR postule que les individus sont capables d'anticiper et d'intégrer leur dépendance ultérieure lorsqu'ils sont usagers de substances psychoactives. Dit autrement, les individus sont dépendants car ils ont fait ce choix. C'est un choix qui est considéré comme délibérant ou un choix après calcul⁹.

Dans le modèle standard des économistes, les préférences sont supposées stables et l'individu est doté d'un pouvoir de rationalité lui permettant de prendre des décisions optimales qui maximisent son utilité durant tout son cycle de vie - d'une certaine manière l'addiction n'est pas surprenante à partir de ces prémisses orthodoxes. Cette approche est largement remise en cause par les autres sciences sociales.

Face à cette interrogation de l'hypothèse de rationalité des individus, les économistes prennent conscience de la nécessité de se tourner vers des disciplines connexes pour mieux mobiliser

⁹ Massin, 2011.

leurs instruments, mais aussi pour combler ces manquements. Comme discipline connexe, la psychologie sociale apparaît intéressante à revisiter pour au moins deux principales raisons. D'un côté, la TAR semble méconnaître le rôle de la supervision parentale dans l'explication des conduites addictives dans la mesure où le sujet « *drogué* » n'est sensible qu'aux prix. D'un autre côté, la psychologie sociale pourrait nous permettre de pallier à cette lacune de la TAR dans la mesure où, elle cherche à trouver dans l'environnement familial les comportements susceptibles d'entraîner la survenue ou la disparition des comportements à risque, même si l'économiste cherche à proposer des outils permettant de les limiter (Petit, 2011).

Dans cette logique de transdisciplinarité¹⁰ ou d'interdisciplinarité¹¹, ces deux disciplines apparaissent complémentaires dans l'analyse des choix individuels et l'environnement familial apparaît déterminant dans l'explication et la compréhension de l'adoption de comportements antisociaux des adolescents. Leur prolongement nous permet ainsi d'aborder l'économie comportementale (*Behavioral Economics*) au sens de Kahneman et Tversky (1979, 1992).

L'objectif est ici de déterminer dans quelle mesure la théorie économique standard pourrait bénéficier d'un rapprochement avec la psychologie, afin de proposer une alternative théorique aux limites de la TAR. Ainsi, pour répondre à cette problématique, dans une première section, nous montrerons la méconnaissance du rôle de la supervision parentale dans l'économie des addictions. Dans une deuxième section, parmi les éléments théoriques issus de la psychologie sociale dans la compréhension du phénomène des addictions, la prise en compte de l'environnement familial sera retenue comme le principal point d'entrée car celui-ci joue un rôle déterminant dans la modification des comportements – ici pour une diminution ou un arrêt d'usage de produits psychoactifs. Ainsi, pour mieux comprendre ces comportements, les approches de la déviance et celle de la résilience méritent d'être explorées. Dans une troisième section, nous dégagerons des implications en termes de politiques publiques issues de ces deux approches et enfin dans une dernière section, nous essayerons de faire une analyse de la prise de décision des consommateurs de drogues comme apport de la psychologie sociale au sens de Kahneman et Tversky (1979, 1992).

¹⁰ Une approche déjà proposée par Valleur et Matysiak (2006) dans leur schéma trivarié des addictions, même si l'approche économique n'y était pas présente. Il s'agissait de mettre en évidence le caractère complémentaire des analyses issues de différentes sciences sociales sur les addictions.

¹¹ M. Ogronik, 2015.

2 Méconnaissance du rôle de la supervision parentale dans l'économie standard des addictions

La TAR constitue l'une des théories majeures proposées par l'économie pour rendre compte des comportements individuels et rationnels de consommation de substances. Elle postule à cet effet que les individus sont capables d'anticiper et d'intégrer leur dépendance ultérieure lorsqu'ils sont usagers de substances psychoactives. Autrement-dit, les individus sont dépendants car ils ont fait ce choix. Cette notion de choix chez les consommateurs de drogue est source de polémique du fait de leur penchant pour cette substance. C'est pourquoi, ces auteurs (Loonis, 2001 ; Dupilet et al., 2002 ; Etilé, 2004 et Kopp, 2006) les considèrent comme des agents « *anormaux* » en émettant l'idée selon laquelle qu'on ne peut pas facilement se guérir de cette substance une fois qu'on ait franchi un certain seuil de consommation qui tire vers la dépendance. Dans cette situation, le sujet « *drogué* » est insensible aux signaux transmis par les prix, mais a uniquement un besoin de renouveler une consommation ultérieure plus importante (Kopp, 2006). Ainsi, il semble être un agent économique irrationnel de demande car ne soucieux guère de sa contrainte budgétaire, ni plus des effets négatifs futurs pour sa santé. Toutefois, nous ne prétendons pas appuyer cette démarche de comportement irrationnel des consommateurs de drogue au sens de Stigler et Becker (1977), mais nous soulignons cet état de fait juste pour prendre en compte dans notre argumentaire les outils de la microéconomie.

Dans la construction de la TAR, l'addiction est définie comme une habitude forte déterminée par le prix anticipé. C'est d'ailleurs, à partir de cette définition, que des critiques basées sur des travaux empiriques ont été formulées, notamment l'idée selon laquelle les agents sont « *myopes* » vis-à-vis des prix comme vis-à-vis de la dépendance¹². De plus, bien que ce modèle permette d'expliquer nombre de traits caractéristiques (comportements compulsifs, pics de consommation, manque...), il présente un certain nombre de limites dont la cause réside avant tout dans une approche trop globale des comportements addictifs et dans l'absence de place accordée aux explications exogènes comme le soutien familial à l'arrêt de la consommation. En effet, ce manque de soutien social à l'arrêt est plus prononcé lorsqu'il s'agit de l'usage du tabac et d'alcool des adolescents¹³ sans doute à cause du statut socioculturel de ces produits dans les pays occidentaux.

¹² Suranovic et al.1999.

¹³ Couteron, 2008.

Des compléments ont été apportés depuis lors à partir de la discussion autour du choix d'utiliser le modèle classique de préférence temporelle traduit dans un modèle d'actualisation exponentielle ou le modèle d'incohérence temporelle traduit dans un modèle d'actualisation hyperbolique¹⁴. Le premier modèle ne pose pas de souci particulier dans l'analyse des comportements individuels : les usagers admettent l'influence de leur consommation antérieure sur leur consommation actuelle, mais ne savent pas l'impact de leur consommation actuelle et antérieure sur leur consommation à venir. Pour Massin (2011), ces agents n'anticipent pas l'effet de renforcement qu'entraîne l'usage des drogues. L'analyse du second modèle apparaît plus complexe à cause du caractère dynamique des comportements de consommation des agents. Il constitue d'ailleurs, un prolongement intéressant de la TAR, nous le développerons ultérieurement dans les apports de l'économie comportementale.

Dans le même esprit, plus récemment, les travaux neuroéconomiques ont confirmé le rôle structurant du phénomène d'escompte de la satisfaction future dans l'adoption de conduites addictives. Les progrès en neuroimagerie non invasive ont également permis de mettre en évidence le rôle de deux régions cérébrales dans la temporalité décisionnelle. Ainsi, les choix visant des résultats différés sont associés au cortex préfrontal alors que les choix visant des résultats immédiats sont le fruit des régions cérébrales limbiques¹⁵. Le rapprochement qui s'est opéré entre les sciences économiques et les neurosciences a permis aujourd'hui de mieux comprendre les comportements individuels des consommateurs de drogues. C'est pour cela une véritable neuroéconomie des addictions est en train de se développer de nos jours. Cette neuroéconomie met en évidence une distinction assez fine entre les addictions sans produits que les addictologues dénomment « naturelles », et les addictions rationnelles avec produits. À cet effet, plusieurs neuroscientifiques soulignent que ce sont pratiquement les mêmes zones neuronales qui sont activées en matière d'addictions avec ou sans substances.

¹⁴ Orphanides et Zervos, 1998.

¹⁵ Bickel et al.2007.

De fait, il apparaît clairement que la théorie économique a enrichi l'approche des addictions à partir d'une réflexion modélisée sur les coûts, les prix, la prévoyance des agents et la prise de risques dans un contexte dynamique¹⁶, mais le caractère lacunaire de la littérature peut justifier la négligence de l'économie classique concernant l'environnement du consommateur. Cette insuffisance de l'approche standard est d'autant plus problématique lorsqu'il s'agit d'adolescents. Les conduites addictives pourraient plutôt illustrer, dans leur cas, un relâchement inadapté de la vigilance et du contrôle parental alors que les horizons temporels ne sont que partiellement formés.

3 Cadrage théorique

Les apports de la psychologie cognitive à la science économique sont nombreux et variés, (Gollier, Hilton, Raufaste, 2003) : la théorie de la finance, la macroéconomie, l'économie comportementale en sont quelques applications. Nous nous intéresserons uniquement à son application dans le champ de l'économie comportementale.

L'économie comportementale, un champ de la science économique qui s'intéresse aux comportements des êtres humains face à des effets économiques, en l'occurrence, l'usage de produits psychoactifs. Elle cherche à décrire comment se font les choix des individus, car à la suite des auteurs cités précédemment, certains adoptent parfois un comportement « paradoxal » ou non rationnel comparée à la théorie économique classique (un individu rationnel avec des choix objectifs). Contrairement à l'approche de la théorie économique standard d'un agent agissant uniquement en fonction de ses propres pulsions, la psychologie sociale analyse le comportement de l'individu en fonction de son environnement ou de son groupe social¹⁷. Ainsi, il est exclu pour ce dernier d'adopter des comportements qui ne sont pas admis au sein du groupe ou c'est seulement dans celui-ci qui lui est possible d'atteindre certains objectifs qui lui seraient impossible de réaliser seul¹⁸. Concrètement, l'équilibre et le bon fonctionnement de cette cadre d'affiliation dépendent du comportement adopté par les membres au sein de celle-ci et tout comportement antisocial sera considéré comme un acte déviant-cautionnant ainsi une sanction à l'auteur du trouble.

¹⁶ Massin, 2008.

¹⁷ Ogrodnik, 2015.

¹⁸ Festinger, 1954

Ainsi, le caractère déterminant du contexte dans la démarche des « psys » est représenté dans notre cas, par l'environnement familial, nous poussant ainsi à bâtir notre argumentaire au champ de la formation parentale en postulant que les parents sont perçus comme défailants donc il faut « éduquer les parents » au sens de Pourtois et Demonty (2004). L'hypothèse implicite est que le comportement des parents est en partie responsable des comportements de leurs enfants, donc ils ont besoin d'une éducation parentale. Il faut les aider à tenir leur rôle éducatif (Couteron, 2007). Et cette éducation doit se faire avec leur consentement¹⁹ d'où la nécessité de les former à travers des programmes de prévention familiale qui leurs permettraient d'acquérir en retour des aptitudes et des compétences pour mener à bien cette tâche d'éducation des enfants qui est devenue si difficile²⁰ de nos jours. En plus de ces habiletés et compétences, les parents devraient également adopter des attitudes parentales « positives » nécessaires pour le développement des enfants (Delawarde et al., 2014).

La prise en compte du système familial au sens de Becker²¹ et son fonctionnement apparaît comme une approche intéressante dans la prévention des conduites addictives chez les adolescents, car elle pourrait permettre aux professionnels d'approfondir leurs connaissances et leurs modalités d'interventions. En ce sens, elle invite à la fois, à ces derniers, à penser aux problèmes de dépendance et de manière significative comme un phénomène multifactoriel, circulaire dont les origines proviendraient dans les familles. Avec les théories de la famille de Becker, les parents pour maximiser leur propre niveau de satisfaction, vont probablement prendre en compte le bien-être de leurs enfants. Il s'agit de l'altruisme intrafamilial. Ainsi, ils procèdent en conséquence, lorsqu'il y a lieu, à des transferts d'argent afin de réduire les écarts de niveau de vie entre les générations. À ce propos, François-Charles Wolff a testé la validité de cette hypothèse d'altruisme parental à partir de données portant sur les conditions de vie des étudiants en 2006²².

¹⁹ L'engouement pour le terme « accompagnement parental » traduit cette volonté d'être à l'écoute des questions des parents non pour y apporter des remèdes mais pour les accompagner dans leur cheminement en ouvrant des pistes de réflexion », (Ribes, 2003). Toutefois, ce souhait vertueux est contrebalancé par l'objectif d'acquisition d'aptitudes », de « compétences », qui se traduit souvent dans les faits par une distinction tacite entre « bonnes » et « mauvaises » manières d'éduquer son enfant.

²⁰ Thomassin, 2004 ; Couteron, 2007

²¹ En faisant référence à son ouvrage célèbre "A Treatise on the Family" (dans son édition élargie de 1991).

²² Les parents sont-ils vraiment si peu altruistes ? <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00693431v1/document>

Les différents résultats économétriques ont montré que les aides versées par les parents sont d'autant plus importantes que les étudiants disposent peu de ressources. Le modèle altruiste définit en fait, un cadre unitaire puisque le couple est l'entité au sein de laquelle les choix familiaux se construisent. Autrement-dit toute l'équilibre de la famille se repose sur la dynamique de la cellule familiale.

Poursuivant dans cette même dynamique, nous adopterons deux approches essentielles à la compréhension de ce phénomène dont l'origine proviendrait de la dynamique familiale : une approche prospective faisant focus sur les caractéristiques familiales une fois que nous connaissons les difficultés des parents (problèmes de dépendance aux drogues, maladie mentale, cécité, faible revenu...) et une approche rétrospective, en essayant d'analyser le comportement futur des enfants issus des familles en difficulté, plus précisément, si la toxicomanie des parents entraînerait-elle des déséquilibres ultérieurs chez l'enfant ? Existe-t-il une corrélation entre le revenu des parents et la consommation substances des adolescents ? Une supervision parentale de type « querelleur » aboutit-elle à des comportements déviants de l'enfant ?

Nous adoptons finalement la définition de la notion de famille comme étant une unité dans laquelle sont incluses les enfants et toutes les autres personnes qui participent à leur éducation. Ces autres personnes, ne sont que les parents biologiques, mais aussi il peut s'agir d'autres membres de la famille, d'autres adultes en fonction du milieu de vie et de la culture de la personne. Ainsi, le fonctionnement familial dans une perspective systémique (Hendrick, 2009) guidera notre réflexion et toutes les politiques publiques familiales qui rendent faciles cette cohésion sociale doivent être prises en compte pour une nouvelle politique publique en France.

4 La supervision parentale des addictions

Pour mieux comprendre l'influence de la famille sur les comportements déviants en général et addictifs en particulier, ces deux approches suivantes méritent d'être explorées. Il s'agit en effet, la voie de la déviance et celle de la résilience. Nous préciserons à chaque fois, des éléments théoriques et empiriques qui découlent de ces deux notions. Pour illustrer nos propos, d'une manière brève, nous s'appuyons respectivement sur l'histoire familiale de deux présidents américains à savoir Bill Clinton et Georges W. Bush.

Le premier a grandi dans une famille difficile puisque son beau-père était un joueur, un buveur et battait sa femme. Bien qu'originaire d'une famille pauvre où les drogues circulaient facilement, il serait lui-même passé plusieurs fois par la case « cure de désintoxication », il a pu réussir dans sa vie professionnelle malgré sa « carrière déviante »²³. Contrairement au premier, le second est issu d'une noble famille, mais ce dernier a eu également des problèmes d'alcoolisme et de drogues jusqu'à l'âge de 40 ans.

Bien qu'ayant des situations familiales différentes, tous les deux ont adopté des comportements déviants au sens des normes sociales établies. Le comportement du premier pourrait ne pas surprendre à cause de sa situation familiale chaotique et s'analyse comme un problème familial et pour le second, sans doute pour des raisons personnelles et pourtant sa situation familiale est meilleure, comparée au premier. En revanche, pour la guérison, le second a clairement confirmé que c'est surtout grâce à l'aide de sa famille (le support social constitue un facteur de résilience) notamment sa femme qu'il s'en est sorti. Cet exemple illustre parfaitement l'influence du support social dans l'adoption de comportements déviants.

4.1 La voie de la déviance

4.1.1 Des éléments théoriques

Plusieurs théories de la déviance issues de différents champs disciplinaires ont été proposées dans la littérature, mais elles sont souvent considérées concurrentes plutôt que complémentaires, (Peretti-Watel, 2001). Historiquement, les sociologues ont développé cette notion à partir de la question de la délinquance à partir du milieu du XIX^e siècle. Il s'agit des théories causales de la déviance (Gottfredson et Hirschi, 1983 ; Howard S. Becker, 1985) fondées sur les explications de la criminologie du contrôle de soi et peuvent aussi inclure des comportements non-conventionnels²⁴ (les musiciens de jazz).

Les économistes se sont aussi intéressés à cette notion à travers les théories compréhensives qui étudient la rationalité du déviant (Gary Becker, 1968). D'ailleurs, en matière de politiques publiques, toutes les stratégies visant à réduire les externalités négatives liées à un comportement déviant résultent de cette approche économique. Il s'agit plus précisément, des politiques répressives ou prohibitives en matière de drogues.

²³ Howard, S. Becker, 1985. L'auteur faisait une distinction entre la carrière professionnelle et la carrière déviante des consommateurs de marijuana aux Etats-Unis.

²⁴ Ibid., 23

Cependant, nous définissons ici la déviance dans son sens sociologique le plus large. Elle est alors considérée comme une forme de transgression d'une norme sociale légale, par exemple, fumer du cannabis en France, vendre de l'alcool ou du tabac au moins de 18 ans en France.

4.1.1.1 Travaux récents dans le sillage de la théorie criminologique du contrôle de soi

Nous cherchons ici l'explication du passage à l'acte (l'adoption d'un comportement déviant) à travers une explication idiosyncrasique que ne fournit pas le modèle Becker. La théorie criminologique de Gottfredson et Hirschi (1983) explique crime et addiction à partir d'un moindre contrôle de soi, en complément de l'approche de Becker (Détection /Sanction). Pour Becker le crime résulte d'une opportunité, avec la théorie du contrôle de soi, il est individualisé et dépend aussi d'une moindre maîtrise de soi. Les raffinements théoriques se sont greffés sur ce tronc initial, le champ criminologique étant structuré autour de deux pôles, d'un côté, les théories de la déviance qui recherchent les facteurs de la non-conformité des comportements, tandis que les théories du contrôle de soi cherchent en expliquer la conformité.

La formulation initiale de cette théorie permettait de répondre à des critiques faites à l'approche de Becker par le modèle détection-sanction : par exemple, celles issues de la quasi invariance du facteur âge du délinquant établie par Quételet dès le début de la criminologie. D'autre part, les données empiriques indiquent une faible influence de la connaissance du système de sanction dans les passages à l'acte – et il apparaît alors souhaitable de réintroduire dans le modèle théorique le caractère impulsif du passage à l'acte criminel.

Gottfredson et Hirschi (1983) à travers leur schéma ci- après ont avancé dans leur formulation initiale que la maîtrise de soi est principalement conditionnée par le monitoring familial, ce qui permettait d'interpréter l'importance du nombre de jeunes adultes chez les commettants. Les études empiriques de la question ont multiplié les amendements à cet enchaînement premier proposé par Gottfredson et Hirschi : **Monitoring familial -> Self-control -> Addiction, crime.** Voyons maintenant les explications économiques de la déviance qui mettent en évidence la rationalité des individus dans l'adoption d'un comportement.

4.1.1.2 L'analyse économique de la déviance

Son explication de la théorie du crime part d'une anecdote : il avait un examen à passer alors qu'il était venu en voiture en retard. Deux situations dont les sanctions sont différentes se présentèrent à lui : soit, il prend un temps pour se garer en payant un ticket de parking pour être en règle ou se garer sans payer un ticket de parking au risque de prendre une amende. Il aurait choisi la seconde option. D'une manière générale, l'explication qui peut découler de cette anecdote consiste à dire que les individus avant de prendre une décision procède souvent à un calcul en termes de coûts/avantages.

Ainsi, nous postulons que les individus agissent de manière rationnelle en fonction des informations dont ils disposent. Nous présenterons l'analyse économique du choix rationnel appliquée à la délinquance au sens de Gary Becker (1968).

Becker (1968) reformule l'analyse économique du crime à partir des concepts de l'économie marginaliste. Pour l'auteur, le déviant est rationnel : dispose d'une information parfaite et des préférences stables dans le temps. Il cherche à maximiser son utilité mais en même temps son acte entraîne des externalités négatives pour la communauté. *De facto*, l'État, doit intervenir pour limiter le coût de ces externalités négatives en mettant en place des sanctions pénales ou financières.

4.1.2 Des éléments empiriques

Les études portant sur l'impact de la vie familiale sur les comportements des adolescents adoptent en général l'une ou l'autre parmi deux approches : une approche structurelle qui se penche sur les effets de la séparation des parents ou d'un milieu social défavorisé socialement sur ces comportements et sur la fréquence des usages de drogues et d'alcool et/ou des comportements délinquants ; une approche fonctionnelle qui met l'accent sur la supervision parentale, le monitoring familial, le management parental et le partage des activités au sein de la famille. Toutes les approches apparaissent non significatives dans le cas de consommations de drogues illicites (Green et al., 2011), probablement parce qu'elles sont moins consommées.

Selon un premier point de vue, la relation entre monitoring et usage de drogue ou délinquance est directe : les parents peu informés de la nature des sorties et des fréquentations de leurs enfants adolescents sont moins propres à encadrer ces derniers lorsqu'ils sont hors du contexte familial et un monitoring de faible ampleur est le principal déterminant de comportements antisociaux. Mais à l'opposé un monitoring querelleur peut l'être également (Kerr, et Stattin, 2000).

Selon un deuxième point de vue, la relation est indirecte : les adolescents pour lesquels le monitoring familial et le partage des activités au sein de la famille sont plus importants s'engagent moins dans l'usage de drogues et dans la délinquance non pas tant parce que le contrôle des parents ne les en empêche plutôt que les adolescents perçoivent chacun d'eux, plus ou moins, comme présent, Domme sachant, comme faisant partie de la situation comme par un effet de "réverbération".

Hirschi (1969) affirmait à ce propos que l'affaiblissement du lien de l'individu avec la famille, l'école, les pairs et *in fine* la société, fragilise la mise en conformité avec les standards conventionnels de conduite et favorisait la commission d'actes délinquants. Ce dernier et Gottfredson (Hirschi, 1983) ont testé positivement la relation entre la commission de vols, de violences et l'usage de drogues et la supervision parentale en tant qu'un des trois index issus de leur approche criminologique. Ils ont suscité un certain nombre de travaux dans cette direction. Certains de leurs travaux ont poussé l'assertion plus loin en indiquant que les facteurs les plus décisifs sont le défaut de supervision parentale, un climat de rejet et le niveau d'investissement de la part des parents.

Poursuivant, ils indiquent également que l'effet statique de la séparation des parents sur le comportement délinquant des enfants et l'usage de drogues tend à s'effacer lorsque la variable relative à la vie familiale est introduite (Gottfredson et Hirschi, 1983). En complément, avec ce qui précède, des études plus ciblées de Murray, Farrington et Sekol, (2012) confirment encore cette prédominance de l'impact de la supervision parentale lorsque c'est la consommation d'alcool qui est examinée parallèlement à celle des aînés qui sont dans la famille. Dans cette même veine, des études ont montré que les comportements familiaux limitent les essais d'alcool, mais peu ceux de la cigarette (Westling et al., 2008 ; cohorte de 360 adolescents suivis pendant 4 ans). Les grosses prises de risque avec l'alcool fournissent une illustration des intuitions initiales de Gottfredson et Hirschi sur un rôle déterminant du monitoring familial.

Ainsi dans l'étude menée par Tomcikova et al., (2013 ; 3700 adolescents de 14 ans) la prise du risque d'ivresse est très dépendante du monitoring familial. De même, dans l'étude de Abar et Turrisi (2008) sur l'alcool à l'université, les comportements les plus risqués sont en relation avec une tradition familiale. Le rôle des parents joue dans le long terme, et reste significatif même pour la tranche d'âge des jeunes adultes.

En contradiction avec le schéma de Gottfredson et Hirschi (1983), les stratégies des parents et des enfants/adolescents s'ajustent. La forte différence fille/garçon provient d'un niveau de self control plus élevé chez les filles (par exemple, pour le monde entier : valeur médiane des pays 8% Femme contre 36 % Homme pour la prévalence cumulée des addictions aux substances psychoactives) valide une approche neuroéconomique, mais pas l'hypothèse initiale du schéma de Gottfredson et Hirschi d'un fort conditionnement familial. Les conclusions des études de Botchkovar et alii (2015 ; 30 pays, n = 68000) et de la méta-analyse d'Hasan Buker (2012) sont que le monitoring familial joue un rôle complexe, et pas seulement limité à la petite enfance. Au total, l'hypothèse initiale de conditionnement complet de la formation du self-control par les stratégies parentales de Gottfredson et Hirschi paraît invalidée.

En France, à partir de son enquête auto-déclarée sur la délinquance des jeunes, Roché conclut en 2002 : « La supervision parentale, grâce au contrôle de l'emploi du temps des adolescents et à l'ensemble des règles que les parents tentent d'inculquer à leurs enfants est plus décisive que la structure familiale (...) ce facteur est désigné (dans une enquête de 1979) comme le meilleur indicateur des actes violents (...) l'action des parents est le meilleur moyen d'éviter toute conduite délinquante (Roché, 2002). »

De façon parallèle, l'Institut national de la santé a lancé plusieurs études épidémiologiques qui ont confirmé la place occupée par la supervision parentale dans la consommation des substances psychoactives, soulignant de la méconnaissance par les parents des activités de l'enfant dans la soirée du samedi est une attitude de négligence (INSERM : expertise collective, 2014).

S'agissant des études empiriques développées par (Becker, Murphy, 1988) portant sur la modification des prix des drogues comme l'alcool ou le tabac, ces auteurs établissent clairement que la demande de ces produits est sensible à une variation des prix. D'ailleurs, pour eux la prise en compte des modifications du prix justifie le caractère rationnel de l'addiction. Dans leur étude sur la consommation de cigarettes, ils ont trouvé que l'élasticité prix de la demande sur le long terme était comprise entre -0,8 et -0,7 alors que l'élasticité à court terme ne serait que de -0,4.

Cette existence d'élasticités différentes indique que la sensibilité à une variation des prix dépend du profil du consommateur (expérimentateurs, accrochés, anciens consommateurs) et de son âge (jeunes ou adultes). À cet égard, ces auteurs (Dupilet, Grignon, Pierrard, 2002) ont montré à travers leur étude portant sur le tabac, que les jeunes expérimentateurs de tabac âgés entre 17 et 20 ans sont plus sensibles aux variations des prix que les anciens fumeurs ou les fumeurs accrochés. Sur des données françaises, Anguis et Dubeaux (1997) ont évalué à -0,5 l'élasticité à court terme. Concernant, l'élasticité prix de la demande d'alcool, elle est généralement considérée comme inférieure à l'unité.

Ces résultats montrent dans l'ensemble ce qu'on nomme traditionnellement le « déficit de l'environnement » a un impact sévère sur les comportements addictifs et délinquants des adolescents que les parents ont du mal à « déchiffrer²⁵ » surtout dans une période de précarité sociale et financière (Doba et Nandrino, 2010). Au demeurant, nous reconnaissons que les résultats sont divergents mais fortement corollés aux substances.

4.2 La voie de la résilience

Si la résilience se définit aisément comme la traversée sans séquelle psychique de grandes épreuves et la poursuite d'un développement, cependant les multiples usages qui en sont faits aujourd'hui posent des problèmes de cohérence conceptuelle entre des approches systémiques (résilience d'un écosystème par exemple), et une notion de résilience individuelle. Nous nous bornerons ici à cette dernière, et plus particulièrement à la résilience de l'adolescent, sa capacité à avoir un bon fonctionnement malgré le stress, l'adversité et les situations défavorables. Pour ce faire, les processus de civilisation, de Elias (1975) et Beck (2013) seront utilisés.

4.2.1 Des éléments théoriques

Les développements sur les dynamiques de formation du contrôle de soi se sont faits dans des champs disciplinaires distincts, et sans grande interdépendance. La sociologie de Norbert Elias s'est constituée à partir de documents historiques, les codes de bonne conduite dans les cours royales européennes à la Renaissance. Pour Norbert Elias, la culture de Cour aurait été un facteur historique majeur dans l'amélioration du contrôle de soi, qui est désigné comme un « processus de civilisation ». Un sociologue contemporain, Ulrich Beck parle de la globalisation comme d'un processus de civilisation (Callens, 2015).

²⁵ M. Choquet, 2008.

4.2.1.1 Les processus civilisateurs

Le débat sur les processus civilisateurs avait été très vif dans l'Allemagne au début du vingtième siècle. L'écrivain Thomas Mann avait indiqué qu'il ne fallait pas confondre « culture » et « civilisation », des personnes très cultivées pouvant commettre des crimes abominables. Le débat a eu moins d'écho en France, si ce n'est le cas de jeunes administrateurs coloniaux en sortie de formation qui s'étaient rendus coupables d'exactions terribles, alors même que l'administration française avait misé sur l'amélioration de la formation des administrateurs coloniaux. Ce débat est en toile de fond de l'œuvre de Norbert Elias, dont l'ouvrage a été publié en 1939, et porté à la connaissance d'un public francophone bien plus tard (Elias, 1975).

Elias caractérise un processus civilisateur comme une dynamique de formation du contrôle de soi, et prend exemple du rôle des cours européennes, Angleterre et France plus particulièrement, dans la période historique de constitution des bureaucraties entre le Bas Moyen Âge et les Lumières. L'auteur explique que les cours ouest-européennes ont joué un rôle dans l'amélioration des mœurs, dans un processus top-down : d'abord l'élite guerrière a adopté des mœurs plus pacifiques en participant aux fêtes et aux rites des grandes cours royales, puis ces habitudes valorisées comme les plus élégantes ont été imitées et adaptées dans l'ensemble de la société.

Le tableau est beaucoup moins convaincant du côté des institutions académiques qui caractérise par exemple l'espace allemand entre le XVI et XVIII^e siècle : certes, les incessantes beuveries des étudiants des îles britanniques font que ceux-ci sont expulsés des universités qui sont plutôt localisées dans le Sud de l'Europe. Cependant, cette remontée vers le nord des institutions universitaires se fait avec de nouvelles formes de gouvernance, ayant un rôle protecteur vis-à-vis des débordements des étudiants. À Oxford et Cambridge, ce sont les collèges où résident les étudiants qui rémunèrent le corps professoral. De plus, celui-ci est aussi bridé du côté du Prince local, qui va intervenir si le milieu académique se montre trop critique à son égard. Les grandes cours ont joué un rôle de processus civilisateurs, tandis que les petites – ces multiples principautés allemandes et est-européennes – ne l'ont pas fait. Quand le roi de Hongrie fait un procès à son voisin le Prince de Transylvanie, Vlad Dracul l'empereur, qui deviendra le personnage de Dracula dans la littérature romantique du XIX^e siècle, et obtient son emprisonnement, le contraste entre deux fonctionnements de cours princières est manifeste. Les luttes entre pouvoirs locaux et contre la Porte Ottomane font des princes féroces, et dénoncés comme tels par des cours fondées sur une socialisation plus pacifique d'une élite guerrière.

La référence du Prince de Transylvanie à un roi-dragon (Dracul) mobilise une idéologie royale très ancienne et commune, par exemple très répandue dans les royaumes mésopotamiens.

La thèse d'Elias est à l'origine de l'intérêt des historiens pour l'évolution des mœurs. Il est le premier à faire l'histoire d'objet quotidien, comme par exemple le mouchoir. Des statues représentent des personnages de la suite royale se mouchant dans leurs manches d'habit dans les ensembles de gisants des ducs de Bourgogne, du milieu du XVe siècle. Elias est cependant très critique devant les travaux d'historiens, car ce qui lui semble déterminant est la formation d'habitudes, de conventions de nouvelles références morales modifiant le contrôle de soi. D'un point de vue de la méthodologie de Norbert Elias, ce sont donc les approches étudiant les dynamiques de formation du contrôle de soi qui sont les plus pertinentes.

4.2.1.2 Les « processus de civilisation » : travaux récents dans le sillage de la théorie sociologique du contrôle de soi

Pour Elias, « le processus de civilisation se traduit par la formation d'un comportement adapté, d'un mécanisme d'habitudes fonctionnant de manière adéquate, le tout associé à un bilan positif des plaisirs » (Elias, 1975, p.201). Les recherches historiques plus récentes indiquent des séquelles issues des guerres qui ont ravagées le centre de l'Europe au XVIIe siècle. La brutalité des mœurs a persisté dans le temps. Il faudrait donc compléter la thèse initiale de Norbert Elias en ce sens qu'il existe tout à la fois des dynamiques positives et négatives de civilisation. Sans doute, une bonne illustration de cela est l'interprétation des données Word Value Survey (WVS) sur la maltraitance familiale envers les enfants. Elle est devenue insupportable pour les chiliens, qui ont subi en 1973 un coup d'État sanglant. Elle apparaît justifiée pour 98 % des rwandais, alors que le génocide de 1994 a fait plus de 800 000 victimes.

Norbert Elias avait introduit cette notion de processus de civilisation qui réalise une baisse progressive de la violence sociale et l'avait étudié dans une comparaison des petits États européens de la Renaissance. Il s'appuyait sur une distinction qui avait cours à l'époque où il écrit (l'Entre-Deux-Guerres) entre Civilisation et Culture – des individus cultivés peuvent commettre des actes de barbarie.

Pour la période présente, Beck distingue la globalisation comme processus de civilisation du discours politique du multiculturalisme, et transpose de cette manière l'opposition entre Civilisation et Culture.

Beck définit la période présente de globalisation comme un nouveau processus de civilisation qui opère au niveau de l'individu, et de chaque État. Les campagnes des grands organismes tels que l'Organisation Mondiale de la Santé sur la prévention des maltraitances et la promotion de la bientraitance dans les institutions fournissent un exemple de politique contemporaine de processus de civilisation. Ces campagnes s'adressent aussi bien aux États qu'aux individus.

Beck souligne dans la théorie du multiculturalisme des points de faiblesse. Cette théorie ne s'aperçoit pas de la dynamique de civilisation, et se limite à des groupes à l'intérieur d'un seul pays. Beck voit la globalisation d'une façon plus large, comme la fin des sociétés fermées et des affiliations exclusives pour les individus. Le cosmopolitisme a vocation à être intériorisé sur le plan étatique (Beck, 2013). L'ensemble des pays doivent coopérer pour prendre soin des individus, tous aux multiples affiliations. Beck a proposé sans doute la théorie la plus aboutie à propos de la globalisation vécue à l'époque contemporaine (Callens, 2015).

4.2.2 Des éléments empiriques

Concernant la résilience individuelle en contexte familial difficile, par exemple, l'étude qualitative de Ronel (2010) indique que le support social peut-être lui-même pour les sujets les plus résilients, un proche ou un ami. Les stratégies des autres membres de la famille vis-à-vis par exemple d'un père alcoolique empruntent les voies habituelles du coping (Exit-Voice-Loyalty-Neglect) sans trouver véritablement de solution résiliente (Moriarty, 2011). Une situation à haut risque pour l'adolescent est quand par exemple le père et le meilleur ami de l'adolescent présentent tous deux une addiction à un même produit (Mak, 2012).

L'addiction d'un des parents renforce des comportements de protection à l'intérieur de la fratrie, des aînés envers les plus jeunes. En résumé, développer de la résilience dans un contexte d'addiction reste difficile (Moriarty, 2011). L'addiction peut permettre de s'adapter, peut résulter d'une stratégie de coping, mais ne permet pas de se développer.

La définition de la résilience ici retenue est basée sur ce développement dans la traversée d'épreuves, et par conséquent, addiction et résilience sont à peu près antinomiques. Une bonne résilience préalable va diminuer les volumes de consommation, c'est-à-dire que le niveau de résilience a un rôle modérateur (Johnson, 2011). Inversement, mesuré sur une longue période, les personnes ayant connu des difficultés en relation avec une substance pendant l'adolescence, sont en moyenne moins résilientes dans tout leur parcours de vie (Larm, 2010).

Dans une population, en règle générale, les personnes résilientes dans l'adolescence le restent par la suite. Celles à la faible résilience dans l'adolescence peuvent évoluer vers le niveau élevé standard de résilience, ou rester dans un niveau faible (Larm, 2010).

Cependant, pour renforcer la résilience, la plus récente revue de littérature (Hodder, 2017) conclut à un impact des interventions universelles en milieu scolaire visant à augmenter la résilience aux consommations de drogues illicites et conclut à la nécessité d'actions complémentaires pour les consommations de tabac et d'alcool. Les actions en milieu scolaire sont souvent de conception ancienne, centré sur les mécanismes d'action des différentes substances. Elles demandent à être adaptées au contexte familial des élèves (Becerra, 2011). Les démarches individualisées d'augmentation de la résilience recherchent les sources possibles de support social dans un entourage familial et de pairs. L'ami structurant joue un rôle positif, et les approches de résilience ne cherchent pas à inhiber les relations sociales, cette inhibition étant un facteur de recours à des produits potentiellement addictifs.

À travers ces développements, nous constatons que toutes ces deux approches sont envisageables dans l'explication du phénomène des addictions comme un « problème social »²⁶ car certains individus peuvent développer des problèmes de dépendance pour des raisons liées à un déficit environnemental, d'autres pour des raisons d'identification sociale ou de trouble des comportements et d'autres peuvent opter un autre choix différent de celui de la dépendance, probablement pour des raisons de résilience ou d'estime de soi qui sont solides au plan social. Ceci étant, si nous postulons que la grande majorité des problèmes de dépendance se développe à la suite d'une interaction sociale entre l'individu et son environnement, il est permis de penser que le support social peut jouer un rôle inhibiteur ou de tempérance des comportements addictifs des adolescents. De fait, le support social sera considéré comme le principal facteur de résilience. Plus précisément, la résilience des adolescents face aux addictions sera mesurée par rapport à la dynamique de leur support social. D'ailleurs, dans le processus de la résilience familiale, la littérature accorde un rôle primordial aux capacités éducatives des parents. Ils doivent avoir des capacités à gérer les conflits, adopter des attitudes positives vis-à-vis de leurs enfants, veiller au monitoring familial...Tous ces aspects sont susceptibles d'enclencher des dysfonctionnements familiaux qui peuvent impacter sur le devenir de l'enfant en dehors et/ou au sein de la famille.

²⁶ Ogien, A. 2017

Selon ces auteurs (Delawarde et al., 2014) une adolescence instable engendrait une résilience faible, et qu'une résilience faible serait prédictive d'un plus haut risque de dépendance aux substances et de complications psychiatriques. Ainsi, dans un souci de réguler le comportement du bien-être des consommateurs de drogues, il nous paraît obligatoire de développer des approches innovantes dont les interventions sont principalement orientées auprès de la famille en matière de prévention des conduites addictives.

D'ailleurs, l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) s'est fixé pour objectif de diminuer le niveau d'usage de drogues et de délinquance chez les adolescents, grâce à des interventions appropriées²⁷. Parmi les stratégies envisagées, l'approche qui privilégie l'intervention auprès de la famille a eu plus de succès auprès des décideurs à cause de sa cohérence avec les données des enquêtes épidémiologiques (ESPAD : OFDT, 2011 ; ESCAPAD : Spilka et al., 2014). Ainsi, toutes ces observations nous permettent de resituer le phénomène des addictions dans un contexte bien précis qui est celui de l'environnement familial. Nous soutenons d'ailleurs, que l'enjeu réel dans la lutte contre les conduites addictives se situe au niveau des familles et les politiques publiques, pour gagner en efficacité devraient renforcer les efforts dans ce sens.

En effet, les politiques publiques d'incitation monétaire ou de prohibition en France montrent ces limites. Les aides financières de la part des États apparaissent nécessaires surtout dans les familles en difficulté pour l'achat de fournitures scolaires ou autres, mais elles semblent inefficaces dans la lutte contre l'adoption de comportements antisociaux des adolescents issus de ces familles (Centre d'analyse stratégique : rapport septembre 2012)²⁸. En outre, la politique répressive appliquée sur le cannabis semble non seulement ne pas avoir d'effet sur les consommateurs jeunes (Ben Lakhdar et Tanve, 2013) et adultes (Obradovic, 2015) mais aussi coûte chère à l'Etat (Kopp et al. 2015). Il apparaît ainsi nécessaire pour la France de faire évoluer ces politiques publiques à la fois pour des raisons de cohérence et d'efficacité mais aussi pour des raisons économiques.

²⁷ OEDT, 2016

²⁸ Aider les parents à être parents : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000489.pdf>

4.3 Implications en termes de politiques publiques

L'article de Becker et Murphy préconisait en pratique le doublement des taxes sur le tabac. Dans les écrits les plus anciens de Becker, les agents sont considérés comme inéducables : ainsi l'approche de Becker se concentre-t-elle sur une politique de type fiscale, tandis que la famille est modélisée autour de préférences prédéterminées et de comportements altruistes intrafamiliaux. Le premier registre des politiques publiques est donc celui des incitations monétaires, taxes et subventions. Un deuxième registre est celui obtenu à partir de la levée de la restriction qui rend les ménages imperméables à tout processus d'apprentissage.

Les politiques publiques de la parentalité, ont introduit cette notion nouvelle à partir de l'idée qu'il existe un processus naturel qui fait de nous quasiment nécessairement de futurs parents pleinement compétents. Concevoir qu'une aide puisse intervenir dans ces apprentissages est un développement qui peut s'appuyer sur des pratiques passées des politiques publiques.

Les programmes de renforcement familial se sont donc étendus dans le monde entier. Des agences internationales comme l'UNODC (United Nations Office on Drug and Crime) proposent une action pour implanter des programmes de renforcement familial sur l'ensemble de la planète²⁹. Dans les évaluations menées pour le compte, de l'UNICEF, il apparaît que les pays francophones en règle générale ont peu développé les approches de type « renforcement familial »³⁰. Ils privilégient les approches institutionnelles, réglementaires et administratives, mais avec des différences modérées par rapport aux pays d'Afrique³¹. Les organisations innovatrices le sont dans un contexte global de prise en charge de 16 millions d'orphelins issus de la pandémie de SIDA, ce qui les incite à développer des programmes de prise en charge en s'appuyant sur les solidarités locales et familiales, plutôt que des prises en charge institutionnelles³².

²⁹ UNODC, 2009 : https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

³⁰ Ibid., 12.

³¹ Child Frontiers, Février, 2012 : http://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Document_Contexte.pdf

³² Par exemple programme de renforcement familial de SOS Niger
https://www.unicef.org/wcaro/english/Niger_Carto_Analyse_Systemes_Prot_Enfant.pdf

La situation en France, pour ces politiques de renforcement familial, est celle d'une introduction souhaitée par les engagements stratégiques pris en matière de prévention des addictions. Cependant, les bilans locaux disponibles indiquent que les thèmes Santé et prévention des addictions sont très peu présents dans les programmes d'aide à la parentalité (que nous détaillerons dans le chapitre 5) mis en œuvre dans le cadre de la prévention de la délinquance³³. Les associations de soutien aux parents sont souvent de création ancienne, comme « l'école des parents et des éducateurs » créé en 1929, mais là aussi les thématiques Santé et prévention des addictions y sont occultées par un autre objectif, celui de la réussite scolaire. Des adaptations françaises des programmes de compétences familiales ont été utilisées dans une dimension expérimentale³⁴, ces politiques de renforcement familial constituent donc plutôt un point de faiblesse en France.

Les évaluations faites de ces mises en place expérimentales rejoignent la synthèse de la Collaboration Cochrane qui voit dans les approches de prévention universelle des addictions et de la délinquance « des effets limités » qui doivent s'inscrire comme un volet d'une politique combinant diverses approches³⁵. Le programme de travail sur le monitoring parental vise à compléter le diagnostic de cette situation défavorable, à fournir une enquête nationale de référence et à proposer des nouvelles procédures pour opérationnaliser à plus grande échelle et coordonner les initiatives en matière de prévention familiale des addictions et de la délinquance.

Cependant, il existe plusieurs approches de renforcement familial qui obéissent en général à trois principes communs : d'abord, des programmes qui s'adressent uniquement aux parents dont les interventions sont orientées vers les enfants. Il s'agit de l'ensemble des programmes d'accompagnement éducatif des enfants, par exemple, les programmes de soutien scolaire ou les programmes d'aides pour surmonter les addictions ou des troubles du comportement chez les adolescents. Ensuite, des actions de soutien à la parentalité qui visent à améliorer le bien-être des parents, par conséquent le devenir des enfants.

³³ C. Roehrig, 2013.

³⁴ C. Roehrig, 2013 : par exemple le programme SFP a été testé en 2012 dans certaines villes de la Côte d'Azur (Carros, Grasse, Mouans Sartoux). Les résultats étaient satisfaisants disait la cheffe de projet, mais force est de constater que son déploiement tarde toujours à faire au niveau national à cause de certaines réticences.

³⁵ Avis du 1er janvier 2015 sous la question « School-based prevention for illicit drug use » de la Collaboration Cochrane ; rapport d'évaluation de l'ORS Limousin (M. Choquet et alii, 2014) du programme de Compétences de vie dans les collèges (amélioration des compétences de vie sans impact statistiquement significatif sur les consommations).

En France, il s'agit de l'ensemble des dispositifs d'aides aux familles, du type Point Info Familles (PIF) ou du Réseau d'Ecoute, d'Accompagnement et d'Appui des parents (REAAP). Enfin, on note les programmes qui visent à [re]travailler les compétences parentales des parents (CPS) pour un bon fonctionnement de la dynamique familiale.

Toutefois, il semble important de souligner que la politique publique de soutien à la parentalité va au-delà d'une simple politique de la protection sociale. Selon G. Esping Anderson, il existe trois types de régimes de protection sociale qui constituent un point d'entrée intéressant pour mieux comprendre le contexte dans lequel ces différentes politiques de soutien à la parentalité ont été mises en place dans un pays donné :

- Le régime **libéral** (ou résiduel) d'État providence : l'accès à la prestation sociale est à titre individuel à travers l'achat de prestations sur le marché. Dans ce type de modèle, la priorité est donnée aux plus pauvres et le financement se fait par l'impôt. On retrouve ce type de modèle aux États-Unis et, dans une moindre mesure, l'Australie, le Canada, le Japon, la Suisse.
- Le régime **social-démocrate** (ou universaliste) : l'État assure la plus grande partie de la protection sociale à travers la redistribution des richesses. On retrouve ce type de modèle dans les pays scandinaves : Norvège, Danemark, Suède, Pays-bas.
- Le régime **conservateur** (ou corporatiste) : une protection sociale réservée aux travailleurs (ceux qui ont cotisé). Pour le cas de la France, en complément de ce modèle, a été mis en place des prestations qui répondent à une logique d'assurance pour aider les individus les plus défavorisés, ceux qui ne travaillent pas à travers le RMI, le CMU et le minimum vieillesse. C'est pour cela, on dit souvent que le modèle Français est plutôt mixte, entre le modèle bismarckien et beveridgien.

Au regard de son cadre contextuel, cette typologie est souvent remise en cause dans plusieurs pays. Nous n'insisterons pas sur les détails de ces divergences, mais il nous paraît plus essentiel de regarder les similitudes observées dans les pays à travers cette catégorisation. En effet, le soutien à la parentalité constitue aujourd'hui un « investissement social » prioritaire pour les gouvernements et la plupart d'entre eux partagent les mêmes préoccupations en matière d'inclusion sociale, de lutte contre la pauvreté et de travail des femmes. Tous les points soulevés seront développés dans le chapitre 5 de notre travail et constituent à cet-égard une piste intéressante à exploiter dans la mise en place de nouvelle politique publique en France.

Maintenant, avant de conclure ce chapitre, nous souhaitons faire une analyse de la prise de décision des consommateurs de drogues à partir de l'économie comportementale au sens de (Kahneman et Tversky, 1979 ; 1992). Ce travail constitue une approche intéressante dans l'analyse de l'incohérence temporelle des consommateurs de drogues.

5 L'analyse de la prise de décision des consommateurs de drogues au sens de Kahneman et Tversky

Les travaux de Becker (Becker et Murphy, 1988 ; Becker, Murphy et Grossman, 1991) sur la TAR constituent une piste probante pour expliquer les fluctuations de la demande de drogue et remettent en cause ceux de Becker et Stigler, développés sur la croissance de la demande. Les fluctuations de la demande correspondent au comportement du consommateur et à son attitude face aux effets contraignants et aléatoires de la drogue. Afin de calibrer sa consommation, un « *jeu d'arbitrage* » s'impose au consommateur. En aparté, Dupilet (Dupilet et al., 2002) parlent d'arbitrage entre l'épargne et la consommation qui diffèrent selon les individus et selon le désir de chacun à réaliser un tel investissement.

Il reste donc tout aussi rationnel pour un tel individu de parier pour espérer un gain dans l'immédiat que de prendre une assurance retraite pour un tel autre dans une perspective de gain futur. Essayons de formaliser la démarche de ces auteurs.

Maintenant, considérons la situation suivante : un individu a la possibilité de choisir entre deux options extrêmes dont les préférences sont distinctes : option A il s'agit des consommateurs occasionnels d'un produit addictif (les individus sont risquophobes) et l'option C, les consommateurs accrochés (les individus sont risquophiles). L'option B est le statut quo : c'est-à-dire tous les individus ne consommant pas du tout ces substances et sont neutres face au risque ; cette option intermédiaire est notre point de référence au sens de Tversky et Kahneman. Ce point de référence dépend de l'environnement de la personne.

Chaque situation extrême décrit à la fois les comportements humains face au risque ; les gains et les pertes en termes de bien-être. Plus précisément, dans notre modèle les gains représentent le plaisir instantané qu'on espère retrouver à la suite d'une consommation et les pertes la dégradation progressive du « capital santé » du sujet consommateur. Les préférences pour chaque option sont construites pendant un processus décisionnel, lequel dépend à des effets cognitifs et socioculturels (Gollier ; Hilton ; Raufaste, 2003). En outre, pour décrire la réalité, il y a possibilité de transition entre les options A et C (A vers C et de C vers A).

Cette possibilité de transition d'une option à une autre représente les renversements de préférences observables chez les individus. L'idéal est de ramener tous les individus se trouvant dans les options extrêmes à notre point de référence. À partir de ce cadre d'analyse, nous essayons de modéliser la situation des individus face au risque encouru en consommant des substances.

La fonction d'utilité $u(t)$ d'un bien addictif à l'instant (t) peut s'écrire de la manière suivante : $u(t) = u(t_0)e^{-k(t-t_0)}$ avec t_0 le temps présent ; k une constante représentant le taux d'actualisation. Modélisons maintenant les deux options extrêmes. Par souci de simplification du modèle, nous postulons que les deux options sont associées à la même durée de vie.

5.1.1 Modélisation de l'option A : les consommateurs occasionnels

Ici, les consommateurs ont la possibilité de contrôler leur usage envers ces substances, peut-être du fait de l'absence de l'effet d'accoutumance que peut procurer ces types de produits. Puisque, ce sont des consommateurs occasionnels, dans leur processus décisionnel, ils ont sûrement intégré la notion de perte de risque sanitaire ultérieur ce qui les amènent à opter l'option A. Donc, la préférence pour le présent t_0 tend vers zéro car le plaisir instantané est trop faible voire nul. Ainsi, pour ces types de consommateurs leur fonction d'utilité s'écrit :

$$u(t) = u(t_0)e^{-k(t)}$$

On peut illustrer ce comportement des consommateurs par les travaux de Becker et Mulligan, (1997) qui ont développé un modèle variant de celui de Becker et Murphy. Ces derniers ont modélisé une préférence pour le présent *endogène* : le consommateur est conscient de son « défaut de prévoyance ». Dans ce modèle, le sujet a les capacités de se défaire de sa dépendance ou d'y « remédier » mais son effort (le temps et l'énergie consacrés pour anticiper le futur tout en renonçant la jouissance immédiate, les efforts d'apprentissage et d'éducation...) va engendrer des bénéfices pour une consommation plus faible qui tendrait vers une abstinence.

La probabilité pour ces types de consommateurs de transiter vers l'option C, est très faible à cause de leur prévoyance ou de leur calcul au sens de (Massin, 2008). Ceci prétend qu'ils ont intégré dans leur décision initiale tous les paramètres qui ne les conduisent pas à la dépendance. Finalement, ces types de consommateurs évitent toutes les situations dangereuses, *risk-aversion* les conduisant à une perte d'un bien-être sanitaire ultérieur.

5.1.2 La modélisation de l'option C : les consommateurs accrochés

Ces consommateurs savent pertinemment qu'ils s'engagent sur des pertes futures en étant accroché de ces types de produit, mais leur plaisir immédiat prend le dessus sur leur santé. Donc ils accordent plus une préférence pour le présent que de leur dépréciation de leur stock de « capital santé ». Pour reprendre (Tessier, 2005), ces individus auront certes une vie certaine mais dans un mauvais état.

Ainsi, leur fonction d'utilité s'écrit : $u(t) = u(t_0)e^{-k(t-t_0)}$ avec t_0 supérieur t . L'écart entre $t - t_0$ augmente au fur et à mesure à cause de l'effet d'accoutumance dommageable qui entraîne de plus en plus chez le sujet des complications sanitaires. Ces consommateurs sont dans l'optique *risk-research*. On ne pourra pas les considérer comme étant des consommateurs « piégés » mais se rapprochant plus à des consommateurs « myopes » dans la mesure où ils sont conscients des risques encourus les menant vers l'autodestruction (Schelling, 1976).

5.1.3 Les renversements de préférences

On s'intéresse ici au caractère dynamique de la gestion des risques des consommateurs de drogues suivant leur contexte. Cela suppose qu'un sujet change uniquement de préférence lorsque son environnement change et cette condition décrit parfaitement les comportements des usagers de drogues qu'ils soient des consommateurs occasionnels ou accrochés. À titre d'exemple, nous avons les travaux de Robin sur les soldats américains toxicomanes au Vietnam lorsqu'ils étaient en situation de guerre et une fois de retour au pays, cette dépendance a disparu sans sevrage du fait de leur changement d'environnement (Robins et al., 1974). Un contre-exemple de celui-ci peut également être constaté, par exemple un usager occasionnel peut devenir dépendant à la suite d'un événement traumatisant au cours de sa vie. Rares sont les usagers dépendants qui deviennent des usagers occasionnels ou abstinents sans sevrage au préalable. Ce caractère aléatoire et contradictoire de l'être humain semble être une explication solide au comportement des sujets addicts. Certains affirment avoir envie d'arrêter de fumer par exemple la cigarette (plaisir dans le long terme), mais recommencent automatiquement leur consommation (plaisir instantané).

Nous postulons finalement que l'économie des addictions serait plus acceptée par les autres sciences sociales si elle intégrait dans sa démarche un certain nombre d'éléments théoriques issus de la psychologie sociale tels que l'aversion aux risques, la prise en compte des émotions ou la prise en compte de la supervision parentale.

D'ailleurs, ces éléments sont absents dans la TAR et sont retenus dans notre travail comme principaux apports de la psychologie dans la compréhension du phénomène des addictions. Intégrer ces facteurs exogènes dans le processus de maximisation de la fonction d'utilité des agents c'est admettre l'incohérence des préférences temporelles des consommateurs de drogues. La prise en compte de ces différents aspects dans la formation de décisions des usagers de drogues suggère de faire évoluer le panorama de politiques publiques existantes en France auxquelles les usagers seront sensibles.

5.2 L'aversion forte aux risques

La démarche de Kahneman et Tversky, laisse penser que les individus font certes des choix, mais ces choix se réalisent selon l'environnement où ils évoluent. Ces auteurs l'ont spécialement développé dans le cadre des jeux d'argent et ils postulent que les individus agissent différemment suivant leurs perspectives de gain ou de perte par rapport à un point de référence lequel constitue le contexte où se trouve la personne. L'idée est que l'aversion ou l'attrait au risque des individus est un phénomène « aléatoire », « subjectif » et « relatif ». Prenant l'exemple d'un joueur de loterie, ils expliquent que celui-ci peut être face à un choix risqué l'amenant à des gains, dans ce cas, ce dernier va afficher une forte aversion au risque comparée à une utilité espérée (au sens de Bernoulli) inférieure, mais plus probable. Inversement, face à un choix conduisant à des pertes, il affichera un fort attrait au risque comparé à une utilité espérée inférieure à condition de diminuer les chances de perte. Ces deux exemples montrent certes une contradiction avec l'utilité espérée mais illustrent bel et bien le caractère « aléatoire » et « subjectif » des choix des parieurs. Et dans la plupart des cas, les consommateurs de drogues adoptent ces mêmes comportements.

Finalement, à travers cette approche, nous retrouvons cette attitude binaire chez les individus en général : certains ont une aversion pour le risque (*risk-aversion*) ce qui les poussent à éviter davantage toutes les situations dangereuses, cependant, d'autres sont à la recherche de réalisation du potentiel ou de découvertes de nouvelles sensations plus intenses, ce sont les *risk-research*. De nos jours, chez les consommateurs de drogues surtout illicites, l'effet *risk-research* est plus fréquent, constitue d'ailleurs la tendance à cause de la recherche du « toujours plus », comme l'indique Bauman (2009) « la culture consumériste ne concerne pas la satisfaction des désirs, mais l'excitation du désir, de toujours plus de désir ».

Pour Couteron, cette quête de sensations plus fortes fait désormais partie du quotidien des individus et relèvent même de l'ordinaire dans le domaine des addictions (Couteron, 2008).

D'ailleurs, ces auteurs (Gollier ; Hilton ; Raufaste, 2003) soulignent que les comportements courants sont largement déterminés par des automatismes (des habitudes dans le domaine des addictions) grâce à des effets mimétiques (la répétition dans le domaine des addictions qui s'écarte sensiblement des normes classiques de rationalité). C'est en effet la répétition de ces actes de consommation qui entraîne progressivement l'affaiblissement des automatismes de contrôle de l'usage, induisant ainsi à des complications ou à des situations irréversibles.

5.3 Le rôle des émotions

La prise en compte des émotions chez les consommateurs de drogues laisse penser que ces derniers peuvent faire de mauvais choix. C'est probablement pour cette raison que les économistes ont longtemps peiné à introduire cette notion dans la modélisation des comportements des individus. En réalité, c'est même l'hypothèse de la stabilité des préférences de la théorie classique qui refuse toute possibilité de renversement des préférences via les émotions. En ce sens, la non prise en compte des émotions constitue une des limites de la TAR. Or, certains psychologues sociaux comme Kahneman et Tversky (1979 ; 1992) accordent un rôle fondamental aux « heuristiques » au cours du processus décisionnel tout en reconnaissant la possibilité de l'existence de biais. En fait, les sanctions interviennent lorsque la décision est prise en fonction des émotions négatives ou contrefactuelles (regret, déception, culpabilité...) et à l'inverse, les émotions positives induisent le plus souvent à des récompenses (comportements prosociaux). Pour George Loewenstein (2000), les agents ressentent souvent ces émotions contrefactuelles après l'adoption d'un comportement de santé. Dans les deux cas, les émotions ont une influence sur les comportements individuels. Donc, chez les économistes, c'est seulement en relâchant l'hypothèse de la stabilité des préférences que ces derniers peuvent intégrer ces émotions dans la modélisation des comportements des agents.

Suivant cela, Petit (2011) liste une variété des émotions qui présente un intérêt particulier pour la science économique. Il a entre autres fait une distinction entre les émotions de court-terme et ceux de long-terme. Cette catégorisation des émotions nous semble pertinente dans l'usage des substances psychoactives chez les agents. En effet, les émotions de court-terme par exemple, l'anxiété ou même de l'envie de boire ou de fumer peuvent déclencher le comportement de consommation, lequel aura pour conséquence un soulagement fugace.

Dans ce cas, nous pouvons admettre que ces émotions de court-terme modifient temporairement nos choix en jouant le rôle de stimulus. À long-terme, la répétition de ce comportement peut entraîner une dépendance. Sur cette dernière, force est de remarquer qu'il est possible de procéder à des réajustements pour le moyen terme avant d'arriver à une situation critique et irréversible (la dépendance). Quelques apports théoriques méritent d'être soulignés pour mieux comprendre l'influence des émotions sur les comportements addictifs.

5.3.1 Apports théoriques sur les émotions à court terme

Nous rappelons que dans la TAR les préférences des agents sont stables dans le temps. Par conséquent, ils cherchent toujours à maximiser leur bien-être pour le présent. Dans cette configuration, la jouissance rapide qui peut être considérée comme un changement de préférences de court terme constitue une conséquence des pertes de contrôle ou de rechutes observés chez les addicts. D'ailleurs, ces pertes de contrôle ou de rechutes ne sont pas pris en compte dans la théorie classique.

Contrairement à Loewenstein, certains psychologues sociaux comme Jourdeuil et Petit (2015) ont analysé les effets des émotions sur les comportements addictifs avant l'adoption d'un comportement de santé. Ils soulignent que ce sont en effet, les « émotions viscérales » de court terme ressenties au moment de la prise de décision qui influencent les comportements. Autrement-dit, dans le cas des addictions, elles jouent le rôle de stimulus. En ce sens, il n'est pas naïf de penser que derrière un comportement de santé, par exemple commencer à fumer, il y a souvent un élément déclencheur intrinsèque qui pousse le sujet à passer à l'acte à travers le phénomène de la carotte et du bâton. La carotte joue le rôle de stimulus, elle amplifie le comportement, par exemple, chez certains individus, on constate parfois des pics de consommation d'alcool que pendant les soirées, ici c'est le fait d'être en soirée (la carotte) qui a augmenté les quantités d'alcool prises. Le bâton intervient pour influencer le comportement, par exemple le fait d'être avec des amis qui consomment peut pousser un individu à consommer même si au départ l'envie n'y était pas.

À travers ces développements, nous voyons clairement que l'existence de facteurs viscéraux peut influencer la maximisation de la fonction d'utilité de l'individu à travers une augmentation de son degré d'impatience pour un bien addictif. Cela sous-entend que les individus peuvent adopter des comportements qui échappent à leur rationalité.

D'ailleurs, certains travaux récents (Schmidt, 2014 ; Brocas et Carrillo, 2014) en neurosciences ont confirmé la coexistence entre deux modes de prise de décision. Cette prise en compte des émotions de court terme nous semble utile pour une mise en place de nouvelles politiques publiques, fixant comme objectif une diminution de ces facteurs viscéraux. Nous y reviendrons ultérieurement.

5.3.2 Apports théoriques sur les émotions à long terme

Pour Schmidt (2014) ce n'est pas seulement les émotions issues de facteurs viscéraux qui nous feraient impulsivement réagir dans le présent. En effet, il souligne que les émotions anticipatrices pouvaient également jouer ce même rôle dans le long terme avec notre état présent. Pour lui, l'individu anticipe souvent les « plaisirs » ou les « peines » que peuvent engendrer l'adoption d'un comportement en général. Contrairement aux émotions de court terme pour lesquelles l'individu réagit en fonction de son niveau d'autocontrôle et le ressenti est uniquement individuel, pour les émotions anticipatrices, en plus du niveau d'autocontrôle, l'individu anticipe également la réaction des autres. Par exemple, la joie de gagner ne dépend pas seulement de la valeur absolue du gain, mais aussi de la comparaison de ce gain par rapport au gain des autres. Ce principe est souvent observé chez les joueurs de loterie mais aussi chez les consommateurs de substances psychoactives. La particularité des émotions qui se réalisent dans le long terme se situe à travers la possibilité qu'à l'individu de procéder à des réajustements ou à des réévaluations à moyen terme avant d'adopter un comportement. Ceci n'est pas possible dans celles de court terme lesquelles l'individu réagit instantanément.

Dans le contexte de la TAR, ce comportement correspond effectivement au rapport des coûts et des bénéfices engendrés par l'usage de drogues, et pour rationaliser ces émotions de long terme, les politiques adoptent souvent des stratégies de prévention qui visent à les modifier dans le moyen terme à travers, par exemple la hausse des tarifs pour l'alcool ou le tabac. Il peut également s'agir des stratégies d'information sur les risques et dangers de l'usage de ces substances. D'ailleurs, c'est souvent le cas en France, lors des campagnes périodiques de prévention contre les conduites addictives. Il semble alors pertinent de discuter de l'efficacité de ces types de prévention que nous ferons ultérieurement.

6 Conclusion

À la lumière de notre argumentation autour de la notion d'addiction, nous essayons maintenant de donner notre posture par rapport à ce phénomène, en vue de dégager des programmes de soins et de prise en charge efficaces qui s'inscrivent dans une perspective psychosociale des addictions (au sens de Peele, 2009) plutôt que de comportements individuels. Ces mêmes programmes vont nous permettre par la suite de dresser des stratégies de prévention, surtout au niveau des adolescents. D'emblée, notons à ce jour aucune position n'a encore fait l'unanimité aux yeux de tous les praticiens du concept. Mais sans être pour, nous constatons que le regard dominant, partagé par plusieurs cliniciens, sur ce concept est porté principalement par une vision pathologique du comportement.

Si un tel discours était vrai, les individus atteints par une telle pathologie (au sens maladie de l'addiction) devraient normalement montrer des signes distincts. Ce n'est guère ce que nous constatons à travers les recherches scientifiques car chaque sujet développe différents types de problèmes. Et ces différents problèmes se transposent dans un « continuum » plutôt que de classer des profils distincts entre les personnes addictes et les personnes non addictes.

Pour Peele (2009) l'addiction doit être comprise comme un « mécanisme d'ajustement », la personne dans son cadre social. En ce sens, cet ajustement va être un style de *coping* habituel, qui est susceptible de varier selon les événements de la vie et d'autres facteurs, par exemple des données psychologiques. Et comme le précise l'auteur c'est seulement en « *acceptant la complexité de l'addiction* » qu'il serait probablement possible d'en faire un usage qui serait mieux partagé qui va se décliner vers des offres de soins et des politiques préventives réunissant pratiquement tous les spécialistes du phénomène.

Dans ce sens, Peele nous invite à comprendre ce phénomène comme une *expérience* humaine mettant en jeu des facteurs subjectifs et historiques d'autant plus qu'il est admis que l'objet de l'addiction n'est pas la drogue, ou un autre stimulus, mais l'expérience que fait le sujet dépendant avec cet objet.

Cependant, l'adoption récente au sens élargi du concept par certains spécialistes, surtout les cliniciens a certes été un atout fort pour mieux cerner les contours de la pathologie, mais elle reste toujours un sujet à polémique dont sa définition.

Pour aborder ce phénomène clinique aux multiples visages, et, surtout, aux multiples discours (Pedinelli ; Bonnet, 2008), nous jugeons nécessaire à recourir à une approche interdisciplinaire mettant en évidence l'approche psychosociale où le « setting » dans lequel la dynamique et le fonctionnement familial y jouent un rôle déterminant dans l'ajustement des adolescents, Musitu et Buelga (2006). Ainsi, il devient nécessaire de promouvoir à son sein les facteurs de protection et de retravailler les facteurs de risque qui semblent augmenter la probabilité de l'adoption de comportements antisociaux des adolescents. C'est pour cela, nous mettrons en évidence dans notre prochain chapitre l'importance de la vigilance parentale dans la lutte contre les conduites addictives chez les adolescents.

Chapitre 2

La vigilance parentale

1 Introduction

L'adolescence, une période transitoire dans le développement des jeunes, est souvent accompagnée de difficultés relationnelles et de réalisation de soi parfois importantes. Ces déséquilibres semblent jouer un rôle déterminant dans les comportements à adopter des adolescents. En outre, durant cette même période de socialisation avec les pairs et de prise de distance vis-à-vis des parents, les interactions entre parent et enfant se réalisent parfois difficilement. Ainsi, pour faire face à cette mutation sociale (la socialisation par les pairs), certains parents pour ne pas se montrer affaiblis ou défailants dans leur rôle éducatif, adoptent parfois des styles de pratiques éducatives parentales qui sont parfois incompatibles avec les besoins et les attentes de l'enfant dans son cycle de développement et d'épanouissement.

Les travaux classiques de Becker (1964) et surtout de Baumrind (1991) seront revisités et constituent d'ailleurs les références pour l'étude des pratiques éducatives dans une démarche de monitoring familial (surveillance). Becker faisait la distinction entre les parents chaleureux et contrôleurs des parents chaleureux et permissifs qui faciliteraient l'adoption de comportements pro sociaux ou l'inverse. Quant à Baumrind, en associant le soutien et le contrôle, elle décrit une typologie des styles parentaux en distinguant les parents par le style autoritaire, le style « autoritative », et le style permissif. Dans son article de 1991, l'auteure traite explicitement de la question de l'influence du style parental sur l'usage de substances psychoactives des adolescents et en concluant à la supériorité du style « autoritatif » dans la prévention des addictions (Baumrind, 1991).

Dans le prolongement de ces derniers, Omer et al., (2016) a essayé de formaliser son approche à partir de programmes de renforcement familial de contenu positif à donner à l'autorité parentale et dans une démarche de vigilance parentale. L'auteur met en évidence une planification préalable des différentes attitudes (éviter l'incohérence temporelle) selon trois registres : l'écoute ouverte, la focalisation (une première alarme avec réaffirmation des règles) et la protection (réduction des risques).

Dans cette recherche, en s'appuyant sur des éléments théoriques apportés par les auteurs cités précédemment, nous tenterons principalement d'analyser l'influence des styles parentaux dans la consommation de substances psychoactives des adolescents. Il s'agit d'un travail préparatoire pour notre chapitre 4 portant sur l'impact de la norme parentale sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis chez les 15-25 ans en France.

2 Présentation du cadre théorique

Particulièrement avec le développement des applications mobiles de géolocalisation, l'usage du vocable « monitoring » parental pose un problème. Il faut mieux préciser le contenu positif et bienveillant dans l'exercice de l'autorité parentale. C'est pourquoi l'expression « vigilance parentale » est préférée. La notion d'autorité parentale est ancienne, consacrée par le droit civil. La littérature a précisé petit à petit le contenu positif à donner à cette notion. La « vigilance parentale » résulte d'une synthèse des déterminations « evidence-based » du rôle des parents.

2.1 La vigilance parentale : de Baumrind à Omer

La littérature sur les styles parentaux n'apparaît qu'au carrefour de différents courants disciplinaires qui s'ignorent mutuellement. Si les sciences de gestion s'intéressent au marketing familial et au rôle des enfants dans la décision d'achat, la littérature économique ne se préoccupe que de la question de l'altruisme intrafamilial sans développer une réflexion sur les mécanismes propres de décision dans l'enfance et l'adolescence. Si les criminologues s'inquiètent d'un niveau faible de monitoring familial, les pédagogues se préoccupent au contraire des effets délétères de styles parentaux autoritaires. La contribution de Diana Baumrind (née en 1927) est donc fondatrice par sa formulation synthétique d'un fonctionnement familial.

2.2 Les trois styles parentaux de Baumrind

Les articles de Diana Baumrind procèdent à une confrontation générale de la littérature existante vers 1960, puis à une application spécifique à la question de la prévention des addictions (Baumrind, 1966 ; 1991). Dans la réflexion des psychologues des années 1960, il existe un souci méthodologique de se dégager des situations extrêmes, et de se recentrer sur la famille standard. En pratique, cela veut dire ne pas se préoccuper des minorités ethniques et des situations qui relèvent de l'accompagnement judiciaire des familles.

La démarche peut être qualifiée de « gaussienne », en raison de la pratique professionnelle du mathématicien Karl Gauss, qui écarte les données trop éloignées d'un « paquet » plus resserré de données pour y caler une valeur centrale. Ces recommandations exprimées par Abraham Maslow à l'époque visent à détacher une science psychologique de la très controversée approche psychiatrique dont l'agenda théorique a toujours été limité à l'étude des cas les plus extrêmes. L'article de 1966 est une typologie des styles familiaux à partir de la littérature (Baumrind, 1966). La littérature pédagogique se préoccupe depuis longtemps des effets néfastes de style parental autoritaire, tandis que la littérature criminologique se focalise sur les conséquences négatives de style parental permissif. L'article de Baumrind (1966) affirme donc un caractère central à un style parental « autoritatif », chaleureux et communicationnel, n'ayant ni les travers d'un style autoritaire, ni celui d'un style permissif. Des débats récurrents sur les châtements corporels des parents envers les enfants et les adolescents indiquent qu'à l'époque, c'est la frontière entre « autoritatif » et « autoritaire » qui reste difficile à établir. Un article de 1991 de Diana Baumrind traite explicitement de la question de l'influence du style parental sur l'usage des substances psychotropes, à partir de petits échantillons de différentes classes d'âge, et concluant à la supériorité du style « autoritatif » dans la prévention des addictions (Baumrind, 1991). Selon l'auteure, il existe donc un style favorable à la tempérance basé sur un contenu positif donné à l'autorité parentale, défini plutôt au sens des « civilistes » que des pénalistes. La traduction en langue française de l'expression « authoritative » ne peut éviter de passer par la périphrase : un contenu positif donné à l'autorité des parents³⁶.

3 Résilience et vigilance parentale

3.1 Style parental et résilience

La thématique de la résilience est introduite à partir de la capacité des enfants à se développer dans des contextes sévères (Werner, Smith, 1982). Elle a pris depuis lors une grande expansion avec les questions d'adaptations aux chocs climatiques. Dans la littérature sur la Panique, celle de la première génération de chercheurs sur les catastrophes et le stress post-traumatique, « l'homme devient de plus en plus social, et donc de plus en plus apte aux réactions de panique ». Dans l'étude de Werner et Smith, les enfants se développent malgré leur vulnérabilité.

³⁶ Nous utiliserons un néologisme « autoritatif »

La notion de résilience rétablit alors un rôle positif au support social, jugé pathogène dans la littérature sur la Panique – qui avait été induite par l'éventualité d'une guerre nucléaire pendant la période de la Guerre Froide. Une voie d'introduction de la notion de résilience a été l'expérience des camps de concentration, avec un développement personnel continué malgré la traversée de grandes épreuves.

3.1.1 La notion de résilience précise la « hiérarchie » des styles parentaux

L'approche épidémiologique de Zhai et al. (2015) établit une mise en correspondance des styles parentaux et des scores de résilience. Les trois styles de Baumrind sont cotés :

- a. De façon légèrement positive pour le style « Permissif » : celui-ci en quelque sorte effectue d'abord un transfert de charge éducative, ce sont les adolescents eux-mêmes qui doivent faire leurs propres expériences, et sont donc avant tout les contributeurs directs de leur propre développement.
- b. Le style « autoritatif » est pro-résilience, et apporte le meilleur support social au développement de l'adolescent.
- c. Le style « autoritaire » est délétère, entraînant une diminution de la résilience.

À partir d'une échelle de résilience standardisée, les scores respectifs de résilience moyenne sont de **0,463** pour le style « autoritatif », **0,148** pour le style « permissif » et **-0,302** pour le style « autoritaire » (Zhai, 2015). En conséquence, du fait de la surreprésentation du style « autoritaire » dans les familles chinoises, la Chine présente un taux élevé de prévalence de séquelles psychologiques, autour de 13 % en population générale, à comparer avec le 1,5 % en Europe.

3.1.2 La résilience, un fonds culturel très ancien

À partir de l'œuvre du psychanalyste Bruno Bettelheim (1976), le contenu de résilience de la littérature enfantine a été souligné, c'est-à-dire que la résilience est tout le contraire d'une préoccupation récente des parents. L'archétype du récit littéraire pour les enfants avancés par Propp est un récit de résilience qui offre un modèle individuel à suivre : un petit personnage combat un dragon, et le terrasse après avoir traversé d'autres épreuves. Dans la structure générale des contes et des mythes, la traversée d'épreuves est un invariant, mais ne relève pas de la structure mélodramatique qui va être celle du spectacle vivant. Au contraire d'une tragédie, le conte ou le mythe est le drame d'un développement personnel qui se poursuit, l'épreuve y fait grandir et introduit de nouvelles options d'action.

Une équipe spécialisée dans la mesure des cendres volcaniques de l'hémisphère Nord sur les 200.000 dernières années, avait conclu après l'étude du maximum d'émission daté de l'explosion du super volcan des Champs Phlégréens (il y a 39 300 ans, soit 39,3 ka) que les groupes humains de l'époque, hommes génétiquement modernes de Cro-Magnon, sont particulièrement résilients (Lowe et al., 2012). Leurs systèmes sociaux auraient traversé cette épreuve selon l'équipe de mesure des cendres volcaniques. Le courant migratoire des hommes génétiquement modernes suppose une modification de la résilience anticipée : les conditions climatiques, de compétition avec des prédateurs tels que les lions des cavernes peuvent expliquer que la première sortie d'Afrique se limite à suivre les littoraux tropicaux. La remontée vers le Nord suppose qu'une traversée d'épreuves soit moins redoutée. Des représentations aurignaciennes de l'époque de l'éruption du super volcan de la Campanie, par exemple celle d'un canidé qui gambade dans la grotte de Fumane (actuelle Italie), sont sans doute liées à des récits de type « conte », témoignant d'un fonds culturel de résilience remontant au moins au Paléolithique supérieur.

Une transition culturelle qui s'est faite de façon très ancienne s'est produite, en passant d'une simple recherche de l'origine (un mythe local vient expliquer une particularité topographique) à des récits de résilience, où un animal ou un petit personnage surmonte différentes épreuves. Une transformation en un genre littéraire épique ne se produira que bien plus tardivement lors de la transition vers les premiers systèmes urbains.

Un travail exploratoire sur une littérature orale, à travers une classification universelle des contes (ATU), permet d'esquisser une synthèse sur la phylogénie des contes, inaugurée par un article retentissant en 2013 sur le « Petit chaperon rouge » (Tehrani, 2013). Ce conte a diffusé dans l'ensemble Afrique et Eurasie, mais pas en Océanie et dans les Amériques. Une période à la charnière du Pléistocène et de l'Holocène semble être celle des sources « archaïques » des contes à diffusion universelle, logiquement associés à la vague des migrations des hommes génétiquement modernes. L'aire de l'océan indien, celle des premières migrations humaines, n'est pas caractérisée dans les bases de données universelles sur les différentes versions des contes. Les mythes de cette époque seraient donc avant tout cosmologiques et topographiques. La deuxième vague, celle qui se répand dans toute l'Eurasie, est marquée par le développement des pratiques artistiques, avec des figurés à la fois naturalistes et symboliques, et la survie de ces groupes humains amène à associer cette culture avec une amélioration de la résilience.

Les personnages de contes reçoivent une datation approximative à la suite de la méthodologie exposée par Tehrani (2013). Un personnage qui se transforme comme la grand-mère en loup apparaîtrait au néolithique – il faut savoir se concilier les pouvoirs par des services et des offrandes, sinon gare au loup. Les dragons seraient parmi les plus anciens. Les premiers chasseurs de mammouth en Sibérie taillaient des serre-têtes en ivoire représentant sans doute une baleine boréale : histoire de se réclamer d'un animal-dragon encore plus impressionnant que le pachyderme. Les contes et mythes de l'ogre dupé, comme par exemple Polyphème dans l'Odyssée, serait plus ancien que le loup du Chaperon Rouge, apparaissant dans des mythes des contrées alpines sans doute dans la période du dernier maximum glaciaire. De la même veine, serait la « femme sans bras », récit mythologique majeur pour les populations de l'arctique, où les mutilations successives subies par une jeune fille donnent naissance à la mégafaune, le bout du doigt pour la mouette, un doigt pour le phoque, tout le bras pour la baleine. Une autorité avec une intention malveillante se retrouve dupée par une puissance vitale agissante.

4 Présentation des tests empiriques

4.1 La vigilance parentale : interprétation des évolutions à long terme

Le rapport de la vague 2015 de l'ESPAD (Groupe ESPAD, 2016) indique les tendances pour les années 1995 à 2015. De même l'enquête BVA/Santé Publique permet d'avoir un suivi détaillé pour une période récente en France. Ces séries chronologiques présentent des difficultés d'interprétation, et la question des tendances longues est en particulier déterminante pour des évaluations de politiques de santé publique.

La vague 2015 de l'ESPAD a concerné 25 pays européens, nous prendrons l'exemple de la comparaison Islande/France, l'Islande ayant aujourd'hui le système de santé classé en première place dans le monde, la France occupant cette même place quinze ans auparavant.

Le système de santé français est aujourd'hui à la 24^e place dans le classement selon les critères des Objectifs du Développement Durable valables dans la période 2015-2030. La politique de santé publique dans le domaine TAAD (tabac, alcool et autres drogues) a un pouvoir explicatif dans les différences de notes par les organismes internationaux des systèmes de santé, l'Islande connaissant une nette amélioration, la trajectoire de la France étant plutôt moins bonne que l'évolution moyenne. Ces informations concernant la disponibilité des TAAD entre 1995 et 2015 dans 25 pays européens sont recensées dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Trends européens (1995-2015)

ESPAD 2015 (25 pays européens)	1995	2003	2015
Disponibilité perçue du cannabis	22 %	33	32
Cigarette quotidienne chez les moins de 13 ans	10	10	4
Usage cannabis chez les moins de 13 ans	2	3	3
Addiction tabac	20	23	13
Alcool habituel	56	63	47
Excès alcool épisodique	36	40	35
Cannabis habituel	4	8	7

SOURCE : rapport ESPAD, 2016

Schématiquement, en moyenne européenne, l'année 2003 occupe un pic de consommation de substances psychoactives, et depuis le niveau de prévalence est descendant, avec un rythme plus ou moins marqué selon le produit. Les plus grandes variations sont celles de tabac et alcool, une variation à la hausse avant 2003, à la baisse ensuite.

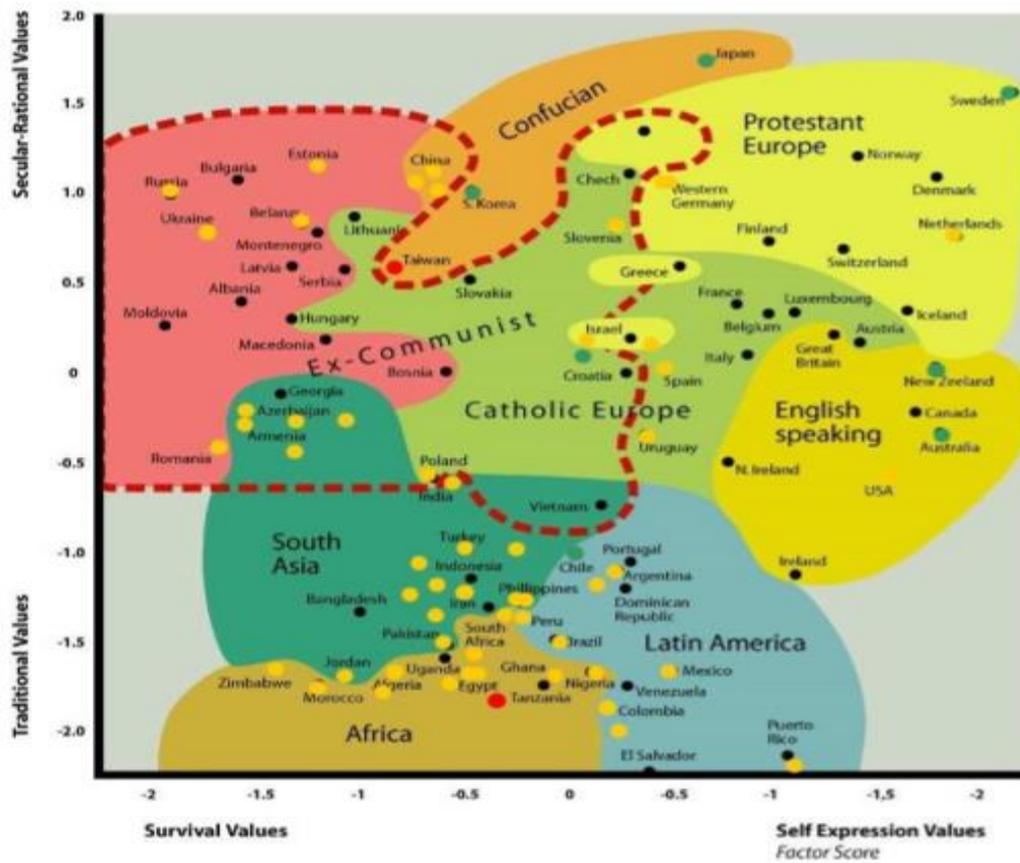
L'Islande est une île de 320 000 habitants environ, avec une seule université, quelques collectivités territoriales et un système de santé avec un hôpital. Cette évolution en pic des consommations a été plus marquée qu'ailleurs : les années 1990 ont vu une forte croissance des consommations de tous les produits, puis le déclin a été d'autant plus important. L'Islande connaît le plus important taux de participation au marché du travail en Europe, autour de 83 %, à comparer avec les taux autour de 45 % des pays de l'Est de la Méditerranée comme la Grèce. Les politiques macroéconomiques européennes sont très orientées vers la hausse du taux de participation, plutôt donc l'Islande que la Grèce.

Une crainte légitime devant ce type de politique macroéconomique est la croissance de la famille « Permissive », si l'on reprend la terminologie de Baumrind. Les adultes étant tous occupés dans des jobs, leur taux de présence diminue auprès des jeunes. Quant aux grands-parents, l'arbitrage entre la Grèce ou le Cercle Arctique par les retraités islandais (qui préfèrent la Grèce) comme lieu de retraite va aussi jouer en défaveur de l'Islande. Dans la vague 6 du World Value Survey (WVS) de 2014, les pays européens sont tous situés au-dessus de la moyenne mondiale pour l'indicateur de la maltraitance envers les enfants : elle n'est jamais justifiée pour plus de 85 % des chypriotes, et seulement 54 % des estoniens. Les pays baltes sont ceux au modèle familial le plus individualiste au monde, avec des changements fréquents de partenaire et de jobs.

Les deux pays (inclus dans la vague 6 du WVS : chaque vague comprend environ une cinquantaine de pays dont la sélection est partiellement renouvelée à chaque fois) où la maltraitance envers les enfants reçoit le plus de taux de justification est le Rwanda et la Chine (province de Taïwan). L'Inde figure aussi avec des taux élevés de justification de la maltraitance envers les enfants. L'Asie apparaît ainsi très nettement partagée en matière de style parental, entre le Japon et la Corée du Sud du côté de la culture de l'*amae* (mot japonais caractérisant la relation de la mère au nourrisson, souvent traduit de façon approximative en langue française par « l'indulgence ») et une valorisation des styles parentaux versant Autoritaire (dans la terminologie de Baumrind) pour les deux géants asiatiques (Inde et Chine). Pour le cas de la Chine, la culture traditionnelle confucianiste pourrait justifier le recours au style parental Autoritaire car dans celle-ci, la structure familiale est non seulement hiérarchisée mais aussi les responsabilités sont clairement définies. L'enfant suit l'autorité parentale, en particulier la vénération et le respect du père et des obligations des enfants envers la famille, (Hua Hé, 2006).

Le continent Africain est en-dessous de la moyenne mondiale (entre Rwanda, 2 % et Tunisie, 46 % de maltraitance familiale jamais justifiée), au contraire de l'Europe qui est sur l'autre côté des styles parentaux, pour plus de détails sur la maltraitance familiale justifiée dans le monde, se référer à la figure 1 ci-dessous).

Figure 1 : Maltraitance familiale justifiée



Source : WVS, 2014

(Légende. Rouge : valeur supérieure à un écart-type par rapport à la moyenne mondiale ; jaune, supérieure de moins d'un écart-type à la moyenne ; bleu, inférieure de moins d'un écart-type ; vert, de plus d'un écart-type ; noir : données manquantes ou incomplètes)

La politique de santé publique mise en place en Islande en raison de l'augmentation des consommations de produits psychotropes a été basée sur une collaboration entre les collectivités territoriales et un centre de recherches universitaire dans un plan à long terme. Le plan comprend la passation de l'ensemble de la population scolaire dans une enquête de type ESPAD un peu améliorée, par exemple deux questions (au lieu d'une) sur le monitoring (ajout de la connaissance des amis par les parents). Les objectifs sont ceux de renforcer la supervision et la communication familiale et d'augmenter la participation aux activités sportives aux adolescents. Le questionnaire est passé tous les trois ans.

La gestion de ce plan est décentralisée, en utilisant le relais des écoles et des associations de parents. Les résultats de ce plan de long terme ouvrent une discussion sur la contribution exacte de cette action collective à la chute enregistrée des consommations. Les variables de monitoring n'indiquent pas de grand changement, particulièrement dans la supervision des pairs. Le caractère indubitable des évolutions constatées reporte les interrogations sur les mécanismes sous-jacents (Kristjansson, 2016). L'initiative européenne « Youth in Europe » est un prolongement de cet exemple islandais d'une politique de long terme d'amélioration d'un environnement. Toutefois, la compréhension des déterminations à l'œuvre reste incomplète, l'équipe islandaise étant surprise, voire dépitée, de la faible réponse en termes de modification de monitoring de leur initiative.

L'étude islandaise ne se base que sur deux variables pour caractériser le style parental. Plusieurs questions restent ainsi sans réponse dans le décrochage des consommations de substances psychotropes en Islande entre 1999 et 2015. Peut-être, y a-t-il un effet d'entraînement avec la diminution de la cigarette, qui conduit à une baisse des autres consommations. Peut-être ces macroévolutions sont-elles à mettre en relation avec des modifications plus générales sur la formation des anticipations, ce qui revient à minorer l'efficacité propre de la politique de prévention de long terme menée en Islande. Les précautions développées par l'équipe islandaise nous semblent tout à fait fondées, une méthodologie globale nous semble plus sûre qu'une simple méthodologie comparative, qui tirerait des conclusions très favorables vis-à-vis de la politique islandaise, comparée par exemple aux évolutions constatées en France.

4.2 La neuroéconomie du contrôle de soi

Depuis Platon – pour qui la vertu ne peut s'enseigner – l'approche directe d'un enseignement spécifique du contrôle de soi est jugée le plus souvent impraticable. La formation d'habitudes est alors privilégiée dans une approche indirecte. Cette recommandation platonique se retrouve dans les travaux contemporains de santé publique : il s'agit par exemple d'adopter de nouvelles habitudes alimentaires et non de se fixer des objectifs à atteindre en un temps record.

Les modèles d'économie comportementale du contrôle de soi ont été proposés pour la première fois dès les années 1980, dans le cadre d'un débat sur l'alternative Règle ou Décision dans la conduite des politiques économiques. Pour Thaler et Sheffrin (1981) l'habitude permet d'éviter l'incohérence intertemporelle et les deux écueils d'une politique économique soit trop rigide, soit trop opportuniste.

Cet argument d'incohérence intertemporelle est déjà celui qui joue en faveur du style parental « Autoritatif », puisqu'il va exister des situations où que ce soit l'attitude « permissive » ou « autoritaire » ne sera plus tenable.

L'habitude s'introduit comme un raccourci dans la neuroéconomie contemporaine. Elle peut avoir un caractère d'apprentissage ou non. Dans Tirole et Bénabou (2005), il est examiné le fonctionnement moral, de se fixer soi-même des normes de conduite. Il est souligné qu'il n'y a pas nécessairement une bonne mémorisation des actions, en raison d'une part inconsciente. Ce que l'on réussit à apprendre disparaît de la conscience, et ce que l'on veut apprendre n'a pas nécessairement le support du processus neuronal adéquat.

Monterosso, Piray, Luo (2012) récapitulent les voies explorées dans la neuroéconomie de l'addiction :

- a. Le modèle de Redish revient à considérer le cerveau comme une « machine à apprendre » qui peut se trouver piégée par une substance psychoactive (2004). L'addiction est alors un mécanisme d'apprentissage trompé par la fonction d'évaluation du cerveau. D'où une interrogation sur la formation de la Valeur, qui emprunte deux circuits neuronaux différents.
- b. Les modèles d'économie comportementale d'impatience découlent d'une sophistication des premiers modèles. La discussion se porte vers des modèles à deux et trois paramètres (dits « bêta-delta »).

Cela induit de se tourner vers une mise en perspective des résultats empiriques obtenus sur les dynamiques de formation du contrôle de soi.

4.3 Les facteurs du contrôle de soi

Un bilan de la littérature précédemment citée permet de dresser une liste des conditions de la formation de la maîtrise de soi. La littérature indique plutôt des facteurs négatifs que positifs.

Le résumé est dans le tableau 2 ci-après.

Tableau 2 : Déterminants du contrôle de soi

défavorable	favorable
Discrimination	
Incohérence temporelle du monitoring familial	
Puberté plus jeune	
Garçon	Fille
Demande de spiritualité	Pratique religieuse
Pas de relais communautaire de bonnes pratiques	Taux important d'ONG
Famille consommatrice de substances addictives	
Absence de supervision parentale chez les préados/ados	Être en situation de supervision
Grande distance émotionnelle familiale	
Graves conflits familiaux irrésolus	
Dépression	Bonne auto-efficacité
Faim	

Nous apprenons à travers cette catégorisation que les facteurs de vulnérabilités sont nombreux et divers (facteurs individuels, environnementaux...) et d'ailleurs cela complexifie davantage la compréhension du phénomène des addictions. Ainsi, leurs traitements nécessitent une grande prudence quant à leur interprétation dans l'explication de l'usage problématique de substances des adolescents. D'ailleurs, Varescon (2014)³⁷ fait une distinction entre le terme vulnérabilité et celui de risque. Pour l'auteure, le risque constitue un facteur prédictif (dans la mesure où il prédisposerait au risque) et matière de comportements addictifs, il ne s'agit pas de recenser ce qui prédit à coup sûr une consommation problématique mais d'indexer les facteurs qui peuvent rendre vulnérables un sujet durant son cycle de vie. Autrement-dit, il s'agit par exemple, d'analyser les facteurs associés ou explicatifs d'un usage problématique de substances chez la population jeune ce que nous verrons dans notre chapitre 4. En revanche, les facteurs de protection jouent un rôle modérateur dans l'adoption de comportements prosociaux des adolescents.

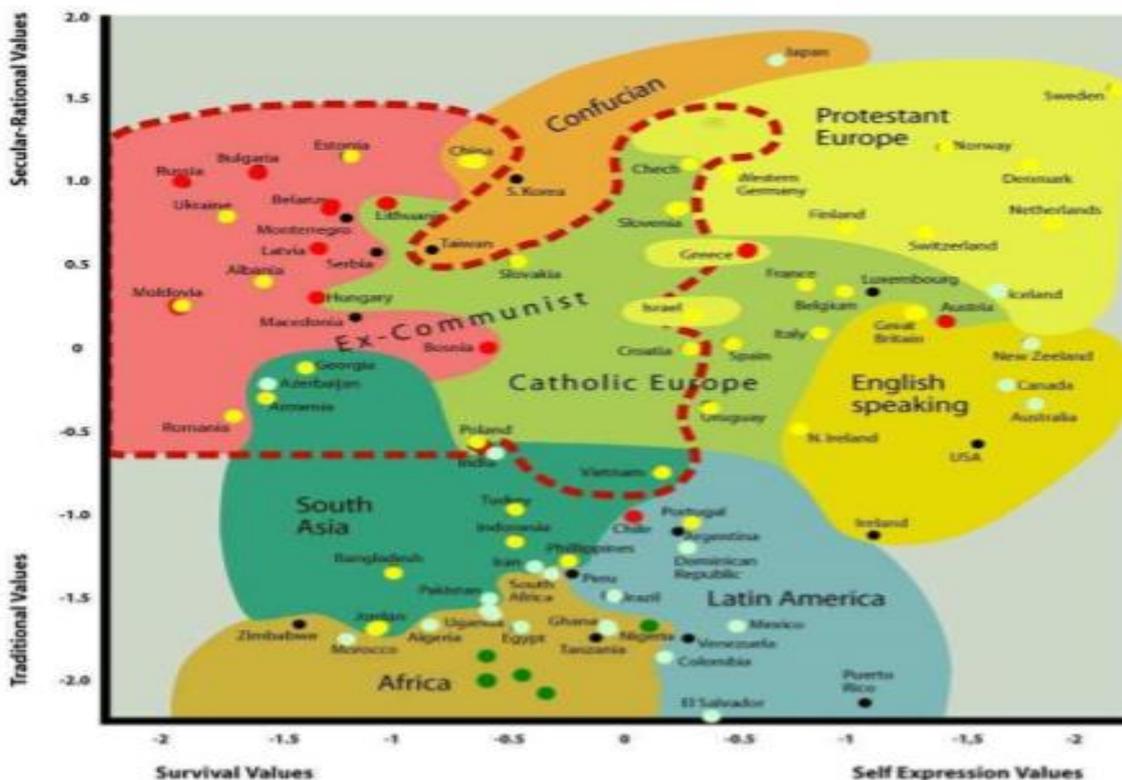
³⁷ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-429.pdf>

4.3.1 Aires culturelles et formations du contrôle de soi

Les données mondiales sur les maltraitances donnent en première lecture des zones bien marquées par des situations de crise : ainsi les indicateurs sur les addictions aux substances psychoactives sont les plus élevés pour l'espace russe, ceux sur les violences faites aux femmes pour RD Congo et les zones de conflit de l'Afrique Centrale, ceux sur les homicides pour des pays de l'Amérique Centrale et Latine. Ces situations extrêmes sont mises en relation avec une dimension organisationnelle criminelle (présence de bandes armées, de gangs) ou un indice de faible affiliation (des collectivités territoriales peu actives ou inexistantes, des habitats collectifs ou de fortune).

Dans la typologie des aires culturelles d'Inglehart, les aires en crise civilisationnelle sont selon une diagonale NW-SE, avec les aires des pays ex-communistes représentant un premier pôle, celui de sociétés séculières en situation de survie, et un second pôle avec les pays les plus fortement inégalitaires (Afrique australe, RD Congo, Nigeria ; Amérique centrale et latine). Les figures 2 et 3 ci-après nous montrent respectivement les prévalences cumulées TAAD et les incidences des homicides dans le monde.

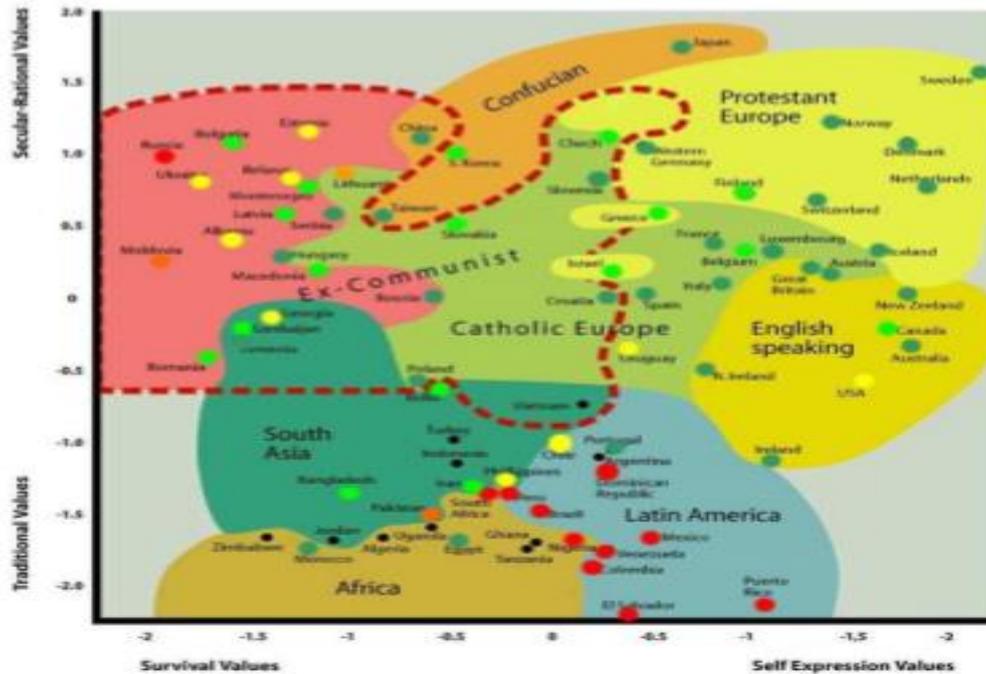
Figure 2 : Prévalence cumulée TAAD dans le monde



Source : (OMS, 2017)

(Légende. Rouge : valeur supérieure à un écart-type par rapport à la moyenne mondiale ; jaune, supérieure de moins d'un écart-type à la moyenne ; bleu, inférieure de moins d'un écart-type ; vert, de plus d'un écart-type ; noir : données manquantes ou incomplètes)

Figure 3 : Incidence des homicides dans le monde



Source : Banque Mondiale, 2017

(Légende. Rouge : valeur supérieure à un écart-type par rapport à la moyenne mondiale ; jaune, supérieure de moins d'un écart-type à la moyenne ; bleu, inférieure de moins d'un écart-type ; vert, de plus d'un écart-type ; noir : données manquantes ou incomplètes)

La collecte de l'OMS (ou WHO, acronyme de World Health Organization) de données dans un programme mondial de coordination de la prévention de la maltraitance pour toutes les classes d'âge indique des disparités spatiales, mais autour de caractéristiques universellement partagées : des maltraitances qui atteignent plutôt les femmes, alors que les commettants sont plutôt des hommes. Les maltraitances (violence physique) baissent avec l'âge. Ceci se décline pour les milieux familiaux et aussi institutionnels.

En France, par exemple, selon le ratio cas signalés de maltraitance/10000, les établissements accueillant des jeunes handicapés viennent devant ceux accueillant des adultes handicapés, et les maisons de retraite sont en dernier. L'état de démence induit une remontée de la maltraitance pour le très grand âge, sans inverser la tendance de baisse générale des maltraitances avec l'âge.

Pour les pays où ce type de données ont été collectées, les maltraitances en milieu familial (environ 75/80% à partir des données de signalement) représentent la grande masse des cas. Les commettants sont majoritairement les très proches pour l'ensemble du cycle de vie : un parent pour l'enfant, le conjoint, et enfin le fils de la personne âgée. Les maltraitances psychologiques et financières sont les plus importantes dans le cas des personnes âgées. L'incidence mensuelle de maltraitance pour les personnes âgées est estimée entre 4 et 6 % pour l'ensemble du monde par l'OMS. Cette incidence mensuelle est mesurée à 3,6% pour les seuls USA.

Il existe des pays présentant des fortes valeurs de maltraitance envers les personnes âgées : Espagne, Israël, Russie, Chine. Cependant les méthodologies de collecte des données ne sont pas unifiées, et les taux de cohabitation intergénérationnel ne sont pas collectés simultanément. Les données sur les maltraitances envers les femmes sont délivrées dans un format trop agrégé (par région du globe) dans les bases de données de l'organisation mondiale de la santé (WHO). Les maltraitances au domicile ont des contextes différents (13% addiction ; 13% enjeux financiers ; 33% conflits familiaux) (données France ; ALMA) de celles en institution (manque d'écoute 24% ; turnover ou manque de personnel 20% ; 1% addiction ; 9% agressivité ; 8% règlement abusif) (données France ; ALMA).

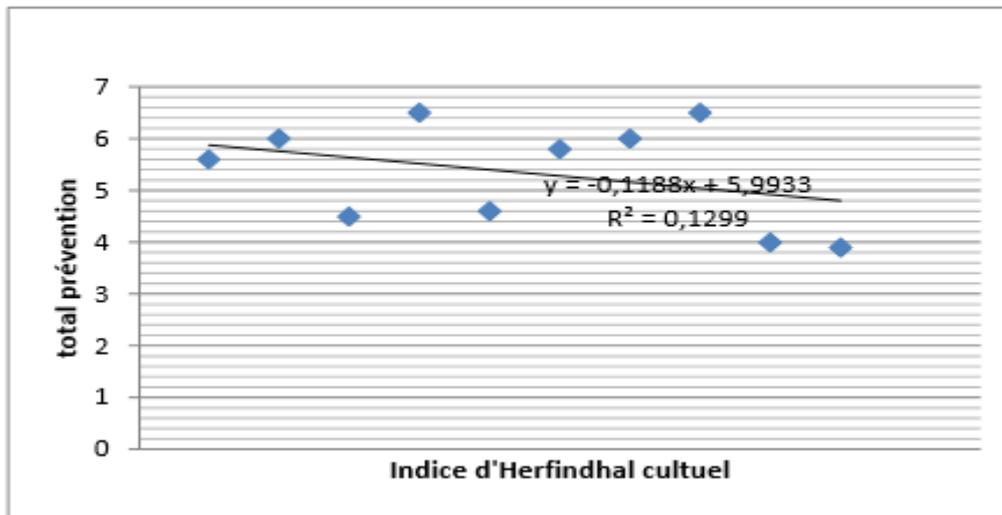
4.3.2 Compétitions culturelles et affiliations multiples

L'indice d'Herfindhal est un indice de concentration utilisé en économie industrielle. Il permet aussi d'indiquer la structure des religions dans un pays : un indice proche de **zéro** indique que de multiples religions sont pratiquées dans le pays où l'indice est calculé, un indice proche de **1** indique qu'une seule religion est pratiquée.

La valeur de cet indice à partir de l'enquête WVS vague 6 de 2014 est de **0,117**, soit une situation générale de compétition soutenue entre les religions à l'échelle globale. Un indicateur synthétique de prévention des maltraitances a été construit à partir des données WHO sur 132 pays regroupant les quatre types de programmes de prévention des maltraitances (petite enfance, adolescence, femme, personne âgée).

Cet indicateur peut prendre des valeurs allant de **0** à **8**. La valeur moyenne est de **4,34**, soit une situation mitigée de bonne adhésion de principe des 132 pays participant à la coordination proposée par le WHO, mais des mises en œuvre limitées, soit à petite échelle, soit en omettant une partie des populations concernées.

Graphiquement, nous obtenons ceci :



Dans l'enquête du World Value Survey de 2014, une série de cinq questions porte sur les appartenances revendiquées par les 80000 personnes interrogées dans le monde. Le nombre moyen d'affiliations est 3,7 sur 5. Sur ce principe, un indice de Beck variant entre 0 et 1 a été construit, 0 pour une société fermée sans affiliation revendiquée, 1 pour le maximum possible de réponses. La valeur moyenne du WVS 2014 pour cet indice est de 0,735, confirmant les indications de Beck sur les affiliations multiples des individus et la disparition des sociétés fermées. L'espace russe se caractérise par une faible valeur de l'indice de Beck et le maximum de prévalence cumulée des addictions. Parmi les autres questions du WVS 2014, une porte sur la colère, et une (notée de 0 à 10) dans laquelle mesure la maltraitance des enfants est justifiée. Les deux approches sont résumées dans le tableau 3 suivant.

Tableau 3 : Sens de variation si la compétition entre région se réduit ou si les affiliations augmentent

Si la valeur de l'indice augmente	Herfindhal culturel (de forte compétition entre religions à absence de compétition)	Beck (de société fermée à affiliations multiples)
Programmes de prévention de la maltraitance (selon WHO)	Diminue	Pas de lien
homicides	Augmente un peu	Augmente un peu
addictions	Diminue	Diminue
« je m'énerve facilement »	Augmente fortement	Diminue fortement
« maltraitance des enfants justifiée »	Pas de lien	Pas de lien

La moins bonne maîtrise d'une émotion comme la colère est donc obtenue avec une faible diversité culturelle et une société fermée ; à l'inverse, la meilleure est obtenue avec une compétition culturelle et des affiliations multiples, ce qui est à peu près le cas pour les valeurs centrales des indicateurs mondiaux concernés. Beck définit la globalisation à partir de la disparition des sociétés fermées. La globalisation apparaît comme apportant une meilleure maîtrise des émotions, et par conséquent, autrement dit, la globalisation est un processus civilisateur.

4.4 Les dynamiques des organisations

Elias indique que l'histoire institutionnelle est importante pour le contrôle de soi, mais le calage empirique de l'ouvrage de 1939 est défaillant selon les critères méthodologiques contemporains, en raison de l'absence de données épidémiologiques. La violence entre les personnes est connue pour être très élevée dans la période étudiée par Elias, à savoir la Renaissance et l'âge classique. La dynamique institutionnelle de l'époque est celle de l'instauration de bureaucraties, au détriment des formes organisationnelles existantes auparavant, telles que communes, universités, jurandes. Une nouvelle formulation des organisations a lieu au XIXe siècle, avec le mouvement associatif. Cette dynamique des organisations est alors celle des Liges de Tempérance, dont l'inscription dans la vie parlementaire américaine conduira à la législation prohibitionniste.

Dans l'éthique de cour, nous sommes dans une autre formulation de la tempérance, le courtisan se démarque des mœurs qualifiées de « grossière » de la population rurale – avec un message de consommation tempérée : le grand buveur, « on ne lui peut donner d'exercice qui lui convienne autre que de mener paître les moutons » (Castiglione, 1528, p.156).

France et Angleterre élisabéthaine forment des exemples positifs du processus de civilisation analysé par Elias. La guerre civile entre les Armagnacs (qui contrôlent le système fiscal) et les Bourguignons alliés de l'Angleterre au quinzième siècle conduit à la centralisation des Armagnacs qui ôtent le rôle des représentants locaux dans la perception des taxes. En Russie, les princes de Moscou instituent un monopole de distribution des boissons à partir de 1531 ; Ivan le Terrible se proclame Tsar à partir d'un système de Kabak, débit de boisson officiel, seul autorisé dans une législation de type prohibitive. Une dynamique Ukase/transgression s'installe : à la fois intervention brutale d'un pouvoir central et développement de comportements de transgression.

Les mouvements religieux Russes des Vieux Croyants s'opposent à l'Eglise officielle et la consommation d'alcool. Une culture de la transgression est fixée dans la littérature russe, tandis que les pouvoirs centraux essaient de revenir à un discours de tempérance avec peu de précédents proprement russes depuis les tsars. Pour la Russie contemporaine, les addictions se développent à partir de Staline. La carte culturelle contemporaine reste polarisée par les taux très élevés de conduite à risque et prévalences des addictions de l'espace russe.

Les pays au pourcentage cumulé des addictions les moins élevés sont les Sud géographiques, riche ou pauvre (sauf Chili). Ce sont des pays avec brassage migratoire, une forte présence des ONG, des pratiques religieuses. Les structures institutionnelles y sont « jeunes ». Elias propose une opposition éthique militaire/arts de cour dans une période historique centrée sur la Renaissance européenne. Aujourd'hui, les grands ensembles régionaux avec une cour hégémonique ont un mauvais indicateur, de même que les états nations européens ; les pays aux éthiques militaires actives (Yémen, Pakistan) ont des taux plus faibles de prévalence des addictions. La culture pachtoune en Afghanistan est une culture de cour, avec une économie basée sur le pavot. Dans le processus de civilisation décrit par Elias, il n'y a pas d'organisation, au sens de structure intermédiaire entre un Centre et les individus. Les individus intériorisent des attitudes très contrôlées dans la proximité directe du Centre.

L'alternative Prohibition/Tempérance est structurante dans les politiques de prévention des maltraitances et des addictions : soit la tempérance (par exemple, cette mise en garde « à consommer avec modération »), soit prohibition-abstinence. Montesquieu présente le régime de cour comme celui de la fête permanente et instituée. Il ne se place pas dans l'alternative Prohibition/Tempérance, le revenu royal dépendant d'un régime de plaisirs.

La formulation en Tempérance est cependant la plus habituelle chez les théologiens, et en philosophie morale. La formulation de la prohibition « moderne » remonte aux Adventistes au milieu du 19^e siècle, aux Etats-Unis. Il s'agit d'une secte apocalyptique au départ, qui s'inspire de l'évaluation médicale des effets de l'alcool pour combattre les saloons. L'organisation (les associations de femmes pour la Tempérance) se retrouve mise au centre de la prévention des addictions et des maltraitances. La législation prohibitionniste résulte du processus institutionnel de remontée vers le Centre : la Tempérance se transforme en Prohibition par la fédéralisation des organisations.

D'un point de vue normatif (Carrillo, 2005), la prohibition est cependant au mieux un second best dans une situation assez improbable, où on ne peut apprendre que par expérience, et de plus que celle-ci n'apporte rien (par exemple, un produit très toxique mais dont la toxicité ne peut pas être connue).

Résumons-nous : les propriétés positives des dynamiques des organisations sont aujourd'hui empiriquement constatées, et viennent en explication de bonnes performances en réduction des prévalences des addictions. Les difficultés viennent du support normatif centralisé, qui historiquement a connu de grandes dérives (exemple : politique de Prohibition au début du XX^e siècle aux États-Unis).

4.5 Conclusion : une formulation de politiques en termes de processus civilisateurs

Cet effort de coordination globale des programmes de prévention des maltraitances et addiction peut être vu comme une contribution à la formulation d'un processus de civilisation. Les études existantes permettent surtout de comprendre les dysfonctionnements, associées par exemple à une urbanisation inadaptée, une vie déterminée par un superviseur et des formes d'habitat collectif. Elles restent focalisées par une approche centrée sur la Déviance, ou restent trop ancrées dans des modèles relativement anciens, comme la stricte détermination du Tempérament par le Style Parental de la théorie générale du crime (Gottfredson & Hirschi, 1983). Les dynamiques positives de formation du contrôle de soi ont, semble-t-il, des caractéristiques opposées : une approche décentralisée, un rôle régulateur des organisations, une mobilité sociale appuyée sur un système de formation au cours de la vie. Ceci favorise le contrôle de soi et induit par conséquent un effet de civilisation.

5 Conclusion

Certes l'approche de Baumrind constitue une piste intéressante dans l'explication de l'influence de l'autorité parentale dans le développement et l'adoption de comportements pro et antisociaux chez les enfants et les préadolescents, mais elle se heurte à des choix méthodologiques qui limitent son caractère universel. D'ailleurs, l'auteure en est consciente et nous met en garde contre les généralisations hâtives. En effet, pour elle, le style démocratique produit les meilleurs résultats mais pour autant, il n'est pas une « condition nécessaire pour produire des enfants compétents » (Baumrind, 1991 ; p. 62). Autrement dit, des enfants nés dans des situations difficiles, peuvent développer de bonnes compétences sociales et scolaires. Ce résultat se comprend facilement avec la notion de résilience qui a permis de préciser la hiérarchie des styles parentaux.

Son approche présente également un biais culturel car les familles recrutées dans ses études ne présentaient pas des difficultés au préalable, et surtout dans ses premières études, les familles et parents étaient issus de la population caucasienne (classification employée aux États-Unis pour désigner les descendants d'européens blancs). Ceci limitait la généralisation de ces résultats à d'autres populations notamment issues de l'immigration.

Néanmoins, les bénéfices du style parental démocratique ou direct sont démontrés dans d'autres pays et d'autres cultures mais des différences majeures ont été notées quant à l'exercice de l'autorité parentale. Par exemple, en se référant à l'étude réalisée par Jian Hua Hé (2006) dans trois pays (France, Japon et Chine) différents culturellement, l'auteure avait montré que le style parental autoritaire était la pratique éducative la plus courante en Chine, mais pour autant elle était accompagnée d'un fort contrôle des activités des enfants dans et en dehors de la maison.

Ces enseignements nous poussent à mieux approfondir les recherches surtout concernant les relations de cause à effet entre autorité parentale et usage précoce de substances psychoactives des enfants et préadolescents. En ce qui concerne l'usage de substances des enfants, la littérature est un peu floue surtout à partir du quinzième anniversaire et plus, même si nous partageons l'idée avec Baumrind que le style parental démocratique offre de meilleurs résultats scolaires et de bonnes conduites. Il nous est difficile de se prononcer clairement sur les comportements de consommation des enfants ayant reçu une éducation du style parental démocratique ou permissif.

Toutefois, nous supposons que ces enfants auront sans doute des niveaux de résilience plus élevés et auront probablement des niveaux de consommation également plus faibles que ceux ayant reçu un style éducatif autoritaire ou négligent. Des études empiriques mériteraient d'être faites à cet égard, mais malheureusement nous ne pourrions pas le faire pour des contraintes d'échantillon. En dépit de cela et pour pallier à ces manquements, nous étudierons respectivement dans le chapitre 3 l'impact de la publicité dans la demande d'alcool et dans le chapitre 4, les facteurs associés ou explicatifs de l'abstinence ou de la consommation de substances (alcool, tabac et cannabis) au sein des familles des 15 ans et plus en France.

Chapitre 3

L'impact de la publicité sur la demande d'alcool chez les adolescents Français

1. Introduction

La consommation d'alcool chez les adolescents est un sujet de préoccupation majeure non seulement pour les responsables politiques, les professionnels de la santé, de la justice et de l'éducation, mais aussi pour les parents, Bailly (2016). Malgré une baisse régulière, (ESCAPAD : Beck, Richard, 2014) de la consommation annuelle moyenne d'alcool pur en France depuis le début des années 1950, notamment due en partie à une diminution de la consommation de vin à table au profit d'autres produits de meilleure qualité, en revanche une consommation ponctuelle importante (API) d'alcool et une ivresse régulière apparaissent en hausse chez les jeunes (Enquête ESCAPAD : Spilka, Le Nézet, Beck, 2014). De nombreuses études établissent clairement que la précocité de la consommation d'alcool est un facteur prédictif d'un usage abusif ultérieur de l'alcool (Enquête ESCAPAD : Spilka ; Le Nézet ; Beck, 2014), mais aussi de drogues illicites (Bailly, 2016).

Aujourd'hui, de multiples facteurs influencent le comportement des consommateurs : des facteurs culturels (liés à la culture ou à l'environnement social et/ou familial de l'individu), des facteurs sociaux (des groupes de référence ou des groupes d'appartenance) ..., mais aussi la publicité n'échappe pas à cette règle. Dans cette société d'abondance, de poly consommation, la variété du choix s'est accrue, le plaisir et la recherche du toujours plus prennent le dessus sur tout, même sur la santé publique des individus. Donc, on se pose la question à savoir comment se font les choix des consommateurs particulièrement les adolescents ? Face à cette problématique, nous tentons de savoir si réellement c'est l'exposition répétitive aux publicités en faveur de l'alcool qui incite l'usage³⁸ de ce produit envers les jeunes ou si c'est simplement un effet culturel. Un effet culturel dans le sens où dans certains pays cette prévalence chez les jeunes n'est pas si élevée.

³⁸ L'usage est entendu ici de l'expérimentation à l'usage abusif qui entraîne la dépendance.

1.1 Quelques données de cadrage pour la consommation d'alcool en France chez les adolescents

La consommation des substances psychoactives en population adolescente est documentée en France depuis la fin des années 2000 à l'aide de trois enquêtes³⁹ : ESPAD⁴⁰ (European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs, ESCAPAD⁴¹ (Enquête sur la Santé et les Consommations réalisées lors de la journée Défense et Citoyenneté) et HBSC⁴² (Health Behavior in School-aged Children) donnant un recueil ouvrant l'ensemble de la période 11- 17 ans. Il ressort de ces enquêtes que l'alcool reste la drogue licite dont l'initiation commence principalement à l'adolescence (Spilka, Le Nézet et Tovar, 2012).

Parallèlement à cela, l'usage de cette substance cause beaucoup de conséquences sanitaires et dommages sociaux, et est responsable de plus de 50.000 décès évitables par an (OFDT, 2016). En 2013, l'OFDT a enregistré plus de 13000 délits pour conduite en état alcoolique (CEA) dont près de deux sur dix (plus de 25000 au total) ont été traités par le procureur dans le cadre de compositions pénales. Un délit sur deux pour CEA s'est traduit par une amende, les peines d'emprisonnement prononcées ont concerné 28% des délits et 20% pour les peines de substitution (Ministère de la justice, 2013)⁴³.

Dans ce contexte, la problématique d'alcoolisation des jeunes devient une priorité pour les politiques et plusieurs mesures ont été prises pour réduire l'offre d'alcool à destination de ces derniers dont l'encadrement de la publicité par le législateur.

Il convient cependant de souligner que la publicité a une grande part de responsabilité dans les choix des consommateurs. Il apparaît dans ce sens, avoir un impact sur la consommation d'alcool et vient banaliser et valoriser son usage chez les jeunes. De ce fait, les publicitaires adaptent les recommandations sanitaires à leurs avantages et orientent de plus en plus leurs campagnes vers les adolescents car ils sont les consommateurs de demain. En effet, l'adolescence est particulièrement une période de vulnérabilité : prévenir l'excès de la consommation d'alcool des adolescents est nécessaire.

³⁹ Ces trois enquêtes reposent sur un échantillon aléatoire et leurs questionnaires évoluent souvent et font l'objet d'une harmonisation dans pratiquement tous les pays européens.

⁴⁰ Spilka et Le Nézet, 2011 : Alcool, tabac et cannabis durant « les années de lycée ».

⁴¹ Spilka, Le Nézet et Tovar : les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD, 2011 ; Tendances (2014) pp 2-14.

⁴² Spilka et al., 2012 : alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites ; la santé des collégiens en France 2010, INPES (2012) ; pp 147-181.

⁴³ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_Chiffres_cles_2013.pdf

Ainsi, force est de constater que la publicité n'est pas la seule responsable, mais c'est à elle que les consommateurs sont confrontés au quotidien que ce soit à la télévision, sur internet, par affichage, à la radio ou encore dans les films.

Ceci étant, nous nous interrogeons réellement si la publicité est nécessaire pour créer ou maintenir la demande envers un produit comme l'alcool. Si cette approche était vraie, la consommation de produits illicites, par exemple, ne serait pas si répandue. De même, la consommation d'alcool n'a pas diminué substantiellement pendant la prohibition américaine (1920-1933)⁴⁴. D'autres études ont montré que l'impact de la publicité sur la consommation est négligeable par rapport à d'autres facteurs sociaux et culturels tels que : l'influence des pairs, l'environnement social de l'adolescent, le milieu scolaire, la famille... Tous ces facteurs pourraient aussi pousser l'adolescent à pratiquer des consommations abusives d'alcool. L'opinion de la famille et des pairs ont une importance considérable dans les choix de consommation de l'adolescent (nous y reviendrons empiriquement dans le chapitre 4).

Nous allons voir à présent, les contextes d'alcoolisation des jeunes car nous constatons que le contexte joue un rôle important dans l'usage de ce type de produit, surtout chez les jeunes. Et cet usage modéré ou abusif diffère selon les milieux et selon la période. Certains font des consommations abusives ritualisées par week-end, lors des sorties ou dans les milieux festifs en compagnie de leur pair, d'autres adoptent une consommation modérée dans leur famille mais ces derniers ne font pas le poids comparativement à ceux qui consomment durant les soirées.

⁴⁴ Angela K. Dills et Jeffrey A. Miron « Alcohol Prohibition and Cirrhosis », *American Law Review*, vol.6 (2004), n°2, P. 315.

1.2 Contexte d'alcoolisation des adolescents

La consommation d'alcool chez les adolescents, varie selon les milieux ou selon qu'ils soient seuls ou entre pairs. Mais aussi la quantité prise peut être différente selon le moment de la consommation : le week-end, en soirée, lors d'un apéro entre amis, d'un événement particulier ou une fête spéciale... Il faut également noter que l'environnement de chaque adolescent est constitué généralement de divers facteurs de vulnérabilité individuelle comme la solitude, l'échec ou les conflits familiaux qui peuvent le pousser à consommer des substances psychotropes dont l'alcool pour se sentir mieux ou pour soulager un malheur intérieur. Par exemple, l'environnement familial participe souvent à l'initiation et le développement de la consommation d'alcool chez les adolescents. Nous remarquons également que la prévalence de consommation chez les adolescents est plus élevée au sein des familles dont les membres consomment régulièrement de l'alcool (Enquête ESCAPAD : Legleye ; Spilka ; Le Nézet ; Laffiteau, 2009). Ceci peut être expliqué par le fait que les parents d'une part deviennent plus permissifs que les abstinents et d'autre part, les jeunes ont tendance à reproduire ou à juger normal les comportements parentaux. De plus, l'association entre alcool et fête est plus répandue chez les jeunes dont les parents boivent.

Néanmoins, il peut s'avérer que ce n'est pas forcément la consommation familiale qui entraîne la consommation des enfants mais plutôt, les liens familiaux existants par exemple des relations conflictuelles entre parent et enfant (voir chapitre 2). Dans ce cas, la consommation abusive d'alcool peut être considérée comme étant un symptôme et en cas de prévention il serait plus pertinent de prendre en compte ce fait.

Pareillement, le groupe des pairs exerce une influence plus importante sur la consommation régulière des jeunes. Il s'agit ici d'une proximité générationnelle ou des repères d'identité d'appartenance à un groupe et celle-ci contribue à renforcer des liens de complicité entre les membres du groupe. De plus en plus, c'est avec les amis que les adolescents commencent à consommer de l'alcool. En cela, nous pouvons penser que l'impact des pairs vis-à-vis de la consommation des substances psychoactives est corrélé positivement (Legleye ; Spilka ; Le Nézet ; Laffiteau, 2009).

Actuellement un nouveau phénomène de consommation de l'alcool commence à prendre de l'ampleur chez les jeunes il s'agit du « *binge drinking* ». Il est répandu dans les pays anglo-saxons et dans les pays nordiques dont le but est d'être ivre plus rapidement avec des défis vis-à-vis de leurs amis. L'Institut de Recherche Scientifique sur les Boissons (IREB) en France le définit comme étant « *la consommation de 5 verres ou plus pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes en une seule occasion dans une courte période* ».

Globalement, la problématique soulevée à travers ces observations se trouve sur l'accessibilité (Beck ; Legleye ; Spilka, 2005) du produit et la méconnaissance des dangers réels par l'opinion publique de ce produit. À ce propos, selon des experts⁴⁵ de la Santé publique France et de l'Institut national Cancer, le discours public devrait être plus cohérent avec la réglementation, en particulier celle condamnant l'incitation de l'usage des mineurs ou celle sur la taxation, mal comprise par le public. Ils recommandent par ailleurs, que le législateur devrait mieux informer sur les dangers sociaux et sanitaires d'une consommation nocive d'alcool vis-à-vis des jeunes surtout les mineurs et pour les usagers de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 par jour pour les femmes et les hommes. À cet effet, ils ont défini en parallèle des repères qui représentent un risque absolu vie-entière de mortalité attribuable à l'alcool pour la population française située entre 1 pour 100 et 1 pour 1000. Ces derniers insistent par ailleurs que ces repères soient largement connus par le public et accompagnés de stratégies de marketing social de grande ampleur et le soutien des professionnels de santé. Il apparaît nécessaire d'approfondir ou de rendre plus cohérent les lois qui encadrent l'usage de cette substance dans les pays occidentaux dont la France.

1.3 Vue d'ensemble de la question

Dans de nombreux pays, les politiques ont de plus en plus tendance à réglementer l'industrie publicitaire. Que ce soit au nom de la protection de la santé des adolescents ou de la protection des consommateurs, la publicité et la vente de produits pourtant légaux comme l'alcool ou le tabac doivent se confronter à des règles de plus en plus contraignantes (Perrissol et al., 2005). Par conséquent, réglementer ou interdire la publicité est perçue comme une manière efficace de diminuer la consommation de ce produit. Mais cette thèse ne fait pas l'unanimité à travers les recherches scientifiques.

⁴⁵ Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de.

1.3.1 La législation sur la publicité d'alcool en Europe

Concernant la législation internationale sur la publicité d'alcool, c'est l'OMS qui gère cette problématique à travers son plan stratégique à moyen terme (2008-2013)⁴⁶. Dans sa résolution WHA 58.26 du 25 mai 2005, l'OMS suggérait déjà aux pays membres d'établir des stratégies efficaces pour diminuer l'usage abusif d'alcool des jeunes.

La Charte européenne sur la consommation d'alcool des jeunes adopte cette même résolution. Pratiquement, tous les pays d'Europe réglementent la publicité pour les boissons alcoolisées. En effet, l'Union Européenne (UE) n'a pas spécialement rédigé un texte général consacré à la publicité pour l'alcool. C'est le droit communautaire qui a abordé la question à travers deux textes : une directive de 1989 définit des règles pour la publicité télévisée à travers plusieurs critères (par exemple elle ne peut pas être spécifiquement adressée au mineurs et, en particulier, présenter des mineurs comme consommateurs ; elle ne doit pas associer la consommation d'alcool à une amélioration de la performance physique ou à une conduite automobile...) et une recommandation de 2001 concerne la consommation d'alcool chez les jeunes, allant de la promotion jusqu'à la vente au détail des produits alcoolisés.

Par ailleurs, le problème du droit communautaire réside lors de sa transposition dans l'ordre juridique national, qui n'est pas le même au niveau de chaque pays membre de l'UE. Par exemple, la Belgique n'autorise pas la présentation à l'écran des femmes enceintes, le Portugal n'accepte pas de publicité pour l'alcool entre 7 heures et 21 heures 30. En Irlande, les individus qui apparaissent à la télévision doivent avoir au moins vingt-cinq ans. Au Royaume-Uni, la publicité pour les boissons alcoolisées est prohibée entre 16h et 17h 45. Ce qui précède montre une diversité de politiques nationales pour ce type de produit et parfois allant jusqu'à soulever des contradictions avec les normes européennes. De plus, nous pouvons constater dès fois des normes européennes moins contraignantes que la législation existante au niveau national comme c'est le cas de la France.

⁴⁶ « L'alcool et les jeunes : étude contextuelle et axes pratiques », Murielle Norro et Noëlle Vlaeminck : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-fr.pdf

1.3.2 La législation sur la publicité d'alcool en France

D'abord, la législation sur les boissons alcoolisées en France a connu une évolution comparativement à celle adoptée en 1941, qui suggérait essentiellement une politique discriminante par type d'alcool. Par exemple, cette loi de 1941 autorisait la publicité sur le produit Rhum, mais interdisait sur celle du Whisky. Elle a été abrogée en 1980 par la Cour de justice des Communautés européennes pour cette politique à double tranchant. La loi « *Barzach* » du 13 mai 1987 vient ensuite pour réglementer la publicité en faveur des boissons alcoolisées. Elle autorise la publicité sur ce produit à travers plusieurs supports de communication (la radio, les affiches...) mais l'interdit pour la télévision et dans le secteur sportif. Maintenant, la loi Évin de 1991 ne prohibe pas la publicité des boissons alcooliques mais l'encadre strictement quant à son contenu et à son support. Elle a été largement assouplie depuis lors par l'action des élus relayant les entreprises viticoles. Ainsi, la propagande ou la publicité en faveur des produits alcoolisés dont la teneur alcoolique dépasse 1,2° sont interdits sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs, tels que la télévision et le cinéma. La publicité en faveur des boissons alcoolisées, dont la fabrication et la vente ne sont pas interdites, est autorisée sur les supports prévus par l'article⁴⁷ L 3323-2 du code de la santé publique. Par conséquent, l'article 97 de la loi du HPST du 21 juillet 2009 vient modifier le premier article pour autoriser la publicité en faveur de l'alcool sur internet, qui ne figurait pas dans la liste limitative des supports autorisés par la loi du 10 janvier 1991. En 2016, un nouvel assouplissement de la loi Evin a été introduit dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016⁴⁸ qui a suscité un grand débat chez les parlementaires. Cette évolution du discours public relatif à la consommation d'alcool en France pousse des experts (cités plus haut) de la Santé publique France et de l'Institut national du cancer à dénoncer le caractère contradictoire de ce discours public. En effet, plus précisément, ils soulignent l'existence d'un double discours contradictoire. Un discours souligne la nécessité de réduire la consommation d'alcool pour limiter les conséquences sanitaires et les dommages sociaux ; l'autre, influencé par le poids économique (à travers les taxes sur les ventes que reçoit l'État) de l'alcool, promeut un « *patrimoine culturel* ». Il apparaît ainsi nécessaire de lever ces ambiguïtés. La même problématique se ressent aussi chez les spécialistes en alcoologie, aux viticulteurs en passant par les producteurs jusqu'aux distributeurs. Ces derniers estiment que cette nouvelle loi manque de « *clarté* » et elle est trop « *complexe* » surtout par rapport à la vente de l'alcool aux mineurs.

⁴⁷ [Code de la santé publique - Article L3323-2 | Legifrance - Légifrance](#)

⁴⁸ [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de ... - Légifrance](#)

Poursuivant, ils soulignent que la complexité de cette réglementation rend difficile et inefficace toute politique préventive. La France applique une interdiction formelle à la télévision et des restrictions légales dans les autres médias mais aussi elle impose que les messages publicitaires doivent comporter un avertissement médical « *l'abus de l'alcool est dangereux pour la santé, consommez avec modération* ». À propos de cet avertissement sanitaire, le même groupe d'experts suggère qu'il soit remplacé par un message signifiant que « *toute consommation d'alcool est à risque pour la santé* ».

Cependant, le chiffre d'affaires des boissons alcoolisées vendues sur le marché intérieur de la France en 2011 est estimé à plus de 20 milliards d'euros et le montant des droits indirects perçus sur l'alcool (hors TVA) s'élève à plus de 3 milliards d'euros (les comptes de la sécurité sociale : résultats 2015, prévisions 2016)⁴⁹. En outre les dépenses publicitaires totales pour l'alcool en France en 2011 sont estimées à 460 millions d'euros (Santé Publique France, 2015). Au regard de ces chiffres, la publicité a un poids économique important et par conséquent elle semble positivement influencer la consommation d'alcool chez les jeunes.

2. Le lien entre la publicité et l'économie

Dans notre société moderne caractérisée par une forte et diverse sollicitation, la publicité est devenue incontournable voire un aspect essentiel dans le cycle de vie d'un produit ou d'une marque. Cependant, il semble nécessaire de s'intéresser à sa fonction économique et commerciale réelle, son efficacité sur les produits psychoactifs présentement sur l'alcool. Apparemment, cette fonction n'est pas si facile à mesurer du fait qu'une des fonctions de la publicité est de permettre aux consommateurs de rationaliser leurs achats. Les entreprises, pour augmenter leur part de marché ou faire face à la concurrence ont tendance à recourir à la publicité. Donc, elle est devenue une caractéristique prépondérante de la vie économique.

Comme pour l'entreprise, l'impact général de la publicité sur l'économie semble difficile à isoler et certains économistes à l'instar de Pariat (1965) montre qu'il n'existe pas de relation entre les niveaux d'investissement publicitaire des pays et leur taux de croissance. Mais ce thème sur les effets de la publicité sur la croissance n'a guère eu de postérité même si, il peut conduire à d'autres analyses sur le rôle de la publicité dans l'économie comme sa fonction de barrière à l'entrée pour les nouveaux entrants sur un marché en maturité ou en forte croissance.

⁴⁹ [Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2015 et prévisions 2016 ...](#)

Or, si nous analysons le poids des investissements publicitaires, il apparaît que la publicité agit comme un facteur de répartition ou de redistribution qui nourrit principalement la presse, la radio, la télévision, le cinéma, l'emballage des produits, les transports... Elle contribue ainsi à une diminution du prix de vente des biens et services. Elle est ici comme un élément de la promotion et de l'amélioration des conditions de vie des consommateurs à travers une information destinée à ces derniers. En revanche, pour les industriels, la mise en œuvre de stratégies publicitaires engendre un coût relativement élevé et ils espèrent avoir des retours directs (augmentation des ventes...) ou indirects (l'image de la société, notoriété.). À ce propos, Kaldor (1950) note que l'efficacité des dépenses publicitaires est une fonction directe et croissante de la taille des firmes : c'est l'idée du « *pulling power* » des dépenses des grandes firmes⁵⁰. Mais les relations de cause à effet sont en général moins nettes.

La consommation est un phénomène qui varie et elle dépend en général du revenu du consommateur mais aussi de la conjoncture économique. Cependant, il semble que le choix d'acheter ou de s'abstenir ne dépend pas forcément de la publicité mais peut-être du revenu du consommateur, dans ce sens, nous pouvons rester sceptique de l'influence de la publicité sur la dépense totale. Même si cette influence existe, elle est aléatoire et dépend sur des considérations subjectives tels que des aspects comme l'émotion, la sexualité, la persévérance...

Néanmoins, il est possible de mesurer son efficacité sur un marché par exemple sa fonction de barrière à l'entrée pour les nouveaux concurrents. Selon Bain (1956), tiré de (McAfee R.P., Mialon H.M., Williams M.A., 2004) les « *barrières à l'entrée sont les avantages que détiennent les entreprises en place dans une industrie sur les entrants potentiels, ces avantages se manifestant dans leur capacité à vendre au-dessus du prix concurrentiel, sans attirer de nouvelles firmes dans l'industrie.* » L'auteur met l'accent sur la firme déjà installée contrairement à Stigler (1961) qui définit une barrière à l'entrée (le coût de production que doit supporter une firme qui veut pénétrer un marché) en fonction des firmes postulantes.

⁵⁰ Dans la mesure où les firmes installées sont, au moins initialement, plus importantes que les firmes postulantes, cela signifie que les dépenses de publicité avantagent les firmes en place.

Partant de l'hypothèse que la publicité modifie le comportement d'achat des consommateurs et leur dicte des choix, des économistes pensent que les campagnes publicitaires des marques vont créer des « *barrières d'entrée* » pour les nouveaux arrivants. Ceux-ci doivent lutter contre les goûts des consommateurs qui ont été déjà modifiés par les firmes en place par leurs propres produits. Dans ce contexte, les nouveaux entrants doivent alors faire beaucoup d'efforts publicitaires qui entraînent un surcoût (Stigler, 1961). Et ce surcoût doit atteindre un certain volume pour obtenir des effets observables. En effet, en suivant la pensée de Stigler, nous apercevons que la publicité renforce le poids des entreprises déjà établies et elle constitue dans ce cas un « *avantage considérable* ». Mais également, elle pourrait entraver la liberté d'action sur le marché en pervertissant les conditions de la concurrence pure et parfaite (Lemennicier ; Maillard ; Scano, 1998). Les firmes protégées par des situations de monopole en profitent avec des profits plus élevés et pratiquent de la publicité pour empêcher l'arrivée de nouveaux concurrents. C'est une approche traditionnelle de la publicité.

Ainsi, il existe un double intérêt d'étudier les comportements de consommation des adolescents. D'une part, un fort intérêt financier car ils constituent une véritable manne financière grâce à leur forte activité de consommation. D'autre part, un intérêt de marché potentiel, ils constituent un grand marché pour les industriels. De ce fait, plusieurs efforts publicitaires sont déployés pour pousser ces derniers à la consommation. Toutefois, il est tentant de dire, dans ce sens que l'incitation à la consommation ou à l'abus d'alcool passe souvent par les pairs, les amis, la famille... Et la connaissance des comportements de consommation est devenue beaucoup plus complexe, car le consommateur est inséré dans un environnement social qui participe à l'établissement de ses préférences. Ces besoins, et ses émotions évoluent en permanence selon un contexte bien déterminé.

2.1 Synthèse de la littérature sur l'exposition des adolescents à la publicité d'alcool

Fortement exposés à la publicité pour l'alcool, les adolescents sont à la fois critiques et séduits. Ils accordent à une faible crédibilité à la publicité mais reconnaissent être influencés dans leurs désirs de consommation et leurs comportements d'achat, à la suite de Wilquin et al., (2013). Des écrits scientifiques sur l'alcool ont montré que la publicité n'influence pas la consommation totale en analysant des expériences survenues aux États-Unis, au Canada, en France, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède. Par exemple la légalisation de la publicité liée à l'alcool en Saskatchewan en 1983 n'a pas mené à une consommation supérieure.

Par ailleurs, si la publicité augmente la consommation, le fait de l'interdire doit rendre le produit moins accessible. Pourtant ce n'est pas le cas de l'alcool. À titre d'exemple, « *l'interdiction des publicités de bière en 1974 au Manitoba n'a pas diminué la consommation dans cette province par rapport à la consommation en Alberta, où la publicité est restée légale* »⁵¹. Certains chercheurs de l'Université de Chicago ont étudié les effets de la publicité sur la consommation en faveur des boissons alcoolisées, ils ont conclu que la publicité modifie principalement le comportement et les préférences des consommateurs, non la quantité totale d'alcool consommée car cette dernière est principalement déterminée par les prix et par la place de l'alcool dans la culture du pays d'appartenance. Dans une autre étude menée en 2006 aux États Unis, ces auteurs McClure et al., (2006) ont montré que « *les jeunes américains de 12 à 20 ans ont vu à la télévision davantage de publicité de bière que d'annonces de jus de fruits ou de boissons à saveur de fruit, de produits cosmétiques, de petits gâteaux, [...]* »

Pareillement en Chine, Zhang (2004) souligne qu'un adolescent habitant en ville qui reste en moyenne deux heures à la télévision le soir, verra plus de 900 annonces d'alcool par an. Dans le même sens, en Australie, des auteurs (Conrad ; Mc Namara ; King, 2012) ont comparé l'exposition des adultes et des jeunes mineurs face à la publicité de l'alcool passant à la télévision. Ils en concluent que les 13 à 17 ans ont été exposés au même niveau de la publicité de l'alcool que les 18 à 24 ans (en Australie, 18 ans est l'âge légal pour boire), et que 90% de la publicité sur l'alcool surtout bière et « *alcopops* » ont été projetés à plus de 25% de l'auditoire mineure. Une analyse statistique de la publicité en faveur de l'alcool dans quatre pays européens (Allemagne, Angleterre, France et Pays-Bas), faite par Calfee (1996) établit que la publicité n'a pas un effet sensible sur la consommation bien que les fluctuations des dépenses publicitaires étaient importantes entre les pays. En France, l'étude faite par ces auteurs, Perrissol et al., (2005) sur 460 jeunes bretons scolarisés, âgés de 15 à 24 ans, montre que les consommateurs réguliers d'alcool sont plus réceptifs à la publicité pro-alcool comparativement aux consommateurs occasionnels ou aux abstinents. De plus, la publicité renforcerait leur consommation par rapport à ce produit.

⁵¹ Revue les notes économiques sur l'influence de la publicité sur la consommation p.284 et 290, juin 2011.

Cependant, notre étude sera un peu biaisée du fait que l'adolescent constitue un problème pour les économistes car nous ne pouvons pas le considérer comme un agent implicitement rationnel du fait qu'il dépend financièrement de ses parents donc il n'a pas de ressources propres. Mais ceci ne constitue pas pour autant une limite assez gênante qui pourrait saper notre réflexion sur ce thème.

En somme à la suite de cet argumentaire, nous distinguons deux modes de consommation : les usages utilitaires et récréatifs, dans lesquels le consommateur peut garder sa maîtrise de la temporalité et du contexte de sa consommation, de l'usage nocif (ou abus) et de la dépendance, qui se caractérisent par une consommation chronique qui engendre des coûts psychologiques, sanitaires, et sociaux importants pour l'individu et la société, Ehrenberg (1996). Cette classification entre usage, abus et dépendance est clairement définie dans la nosologie psychiatrique nord-américaine du DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)⁵².

Pour les professionnels en addictologie comme les psychologues, les psychiatres, et dans une moindre mesure certains sociologues, l'accoutumance s'explique à la fois par les propriétés du produit consommé, la personnalité du consommateur et son contexte environnemental dans lequel il évolue. De même que les économistes modélisent les choix de consommation de drogues à partir des préférences des agents, des contraintes sociales, économiques et biologiques auxquelles ils sont soumis. Nous pouvons analyser les usages récréatifs et utilitaires à l'aide de modèle économique standard, il semble, *à priori* plus compliqué de rationaliser les comportements d'abus et de dépendance. Becker et Murphy (1988) ont proposé un modèle d'addiction rationnelle dans lequel le consommateur va choisir de devenir dépendant, sachant que sa consommation présente de drogue va influencer ses choix ultérieurs, via la formation d'un stock de consommation (cf. chapitre 1). Par conséquent, le rôle de l'État se limiterait à l'internalisation des coûts sociaux de la consommation en matière de santé.

⁵² La consommation d'alcool du samedi soir constitue un usage récréatif. Le dopage est un exemple d'usage utilitaire. Lorsqu'il y a utilisation répétée du produit dans des contextes de risque physique (conduite automobile) ou que l'usage engendre des problèmes judiciaires, sociaux ou interpersonnels répétés (bagarre, absentéisme scolaire...), il y a abus. Pour les psychiatres/psychologues, la dépendance se caractérise par des symptômes divers en sus des effets adverses précédemment cités. Ces symptômes peuvent n'être présents qu'en partie : tolérance et/ou Syndrome de manque (dépendance physique), incapacité à contrôler l'usage en présence d'effets adverses, abandon d'activités sociales, etc.

Ainsi nous postulons dans ce travail que les adolescents sont mal informés de leurs préférences (Orphanides et Zervos, 1998), et que l'État pourra légitimement chercher à diminuer les contraintes occasionnées par leurs choix présents sur leurs futurs comportements d'adultes (Laux, 2000).

2.2 L'impact de la publicité sur la demande d'alcool

Etymologiquement en langue française, le mot publicité vient du latin *publicus* et signifie « *faire connaître* », « *rendre public* ». Ainsi, il exprime une information dévoilée sur un produit, sur une marque ou même sur l'identité d'un producteur. En revanche, dans la langue anglaise, le mot *advertising* vient du latin *advertere* et signifie changer l'esprit. Ainsi, la version anglaise exprime une modification des goûts, des croyances, des opinions des consommateurs sur un produit ou sur une marque commerciale. Ces deux définitions contradictoires résument le débat actuel passionnant sur la publicité et nous comptons participer à ce débat en se référant uniquement à la version anglaise car cette définition met clairement en évidence l'effet persuasif de la publicité et répond mieux à notre problématique. Ces auteurs anglais (Basman, 1956 ; Packard, 1957 ; Galbraith, 1958 ; Dixit et Norman, 1978) ont développé cette vision de la publicité. Une publicité persuasive sert à créer des désirs, à modeler les goûts des consommateurs et à augmenter la demande envers ce produit. Nous pouvons citer en guise d'exemple la publicité sur la chanson du Ricard « *je veux mon Ricard dans un verre en ballon pour faciliter mon évasion...* » ou la publicité sur Heineken avant les matchs de foot.

En outre, sur le marché des boissons alcoolisées, nous constatons que tous les produits sont pratiquement homogènes, ainsi les publicitaires adoptent des stratégies de différenciation subjective en jouant sur des aspects tels que l'humour, les émotions, la séduction, la persévérance, la sexualité...pour séduire et capter l'attention des plus jeunes (Zwarun, 2006). Nous postulons que les consommateurs ne disposent pas assez d'informations sur le marché, un effort pour réduire l'ignorance nous paraît rationnel et c'est à travers la publicité que l'utilisateur va trouver ce qui lui manque soit en achetant le produit ou en s'informant. Par conséquent, la publicité en tant qu'« *activité de captation de l'attention* » peut amener le consommateur de faire un choix. Dans ce sens, l'influence de la publicité dans la théorie de la demande s'opère d'une manière aléatoire et à partir des changements de préférences des individus selon ces auteurs (Becker et Murphy, 1988 ; Becker et Stigler, 1977).

3. Publicité et demande

Les analyses économiques de la dépendance placent l'individu au cœur de leur réflexion et modélisent les choix de consommation de substances psychoactives à partir d'hypothèses portant sur les préférences des agents, et les contraintes environnementales, sociales, économiques, biologiques auxquelles ils sont soumis. Notre réflexion consiste à analyser l'impact de la publicité sur la consommation d'alcool des adolescents en se référant surtout aux thèses de Becker et Stigler, (1977).

3.1 Publicité et modification des préférences

Du fait de l'absence d'une théorie de la formation des goûts ces auteurs (Basmann 1956 ; Dixit et Norman, 1978) sont les premiers économistes à s'intéresser de l'impact de la publicité sur la modification des goûts. Ils introduisent l'impact d'un effort publicitaire d'une manière ad hoc. Cependant, ces auteurs ne précisent pas de quelle manière la publicité affecte les goûts peut être du fait que c'est une variable non vérifiable, difficile à mesurer. Malgré cela, ils postulent à l'idée de rationalité individuelle. Nous allons essayer de faire cela à leur place en supposant que les adolescents sont irrationnels dans leur choix de consommation à cause de leur « *naïveté* » sur les effets de la publicité de choisir un tel produit plutôt à un tel autre. Mais également, du fait qu'ils ont des ressources limitées les poussant à chercher à maximiser leur utilité sous contrainte budgétaire.

Finalement, il nous semble intéressant de se questionner si c'est la combinaison des préférences et des contraintes de budget qui déterminent les choix de consommation ou plutôt l'effet de la publicité qui amène les adolescents à consommer davantage de l'alcool ? Compte tenu de la théorie des préférences, il est permis de penser que la publicité affecte directement le champ d'indifférence du consommateur. Autrement dit la publicité entraînerait une substituabilité entre un produit soumis à la publicité et un autre qui ne l'est pas. Dans ce cas, l'effort publicitaire sur ce produit change la direction des préférences en faveur de ce bien et accroît sa demande à chaque niveau de prix.

3.1.1 La modélisation des préférences

Les études empiriques sur la modélisation des préférences des agents reposent essentiellement sur les deux textes de Becker et Stigler (1977), le premier « *De Gustibus Non Est Disputandum* »⁵³, traduit en français : « *les goûts et les couleurs ne se discutent pas* », le second plus récent, il s'agit d'un livre publié exactement en 1996 dont le titre est *Accounting for Tastes*⁵⁴. La différence d'approches entre les deux est que dans le premier, les auteurs défendent l'idée selon laquelle seuls les prix et revenus peuvent modifier le niveau de consommation de drogues alors que dans le second, ils admettent que d'autres facteurs subjectifs peuvent modifier le comportement des consommateurs de drogues.

Les écrits de Becker tournent autour de la formation des goûts et l'endogénéisation des préférences. La microéconomie considère généralement que les préférences des consommateurs sont convexes, c'est-à-dire un consommateur préfère consommer une diversité de biens, plutôt de consommer uniquement un bien. Il est tentant de penser que les consommateurs de drogues dures sont une exception car ces derniers préfèrent consommer un seul bien (Etilé, 2004). Nous ne souscrivons pas à cette approche car les études empiriques en l'état restent floues, Kopp et Fenoglio (2002). Nous tentons ici une approche originale pour modéliser les préférences des individus. Il s'agit d'appliquer la publicité sur les effets d'accoutumance bénéfique et nuisible des usagers de drogues.

3.1.2 Les effets d'accoutumance

Les effets recherchés par la consommation d'alcool sont différents selon les quantités et l'individu qui les absorbe. Pour retrouver ces effets, l'individu a tendance à augmenter les quantités consommées. Suivant cela, Becker et Stigler (1977) établissent que la consommation des produits psychoactifs peut donner lieu à des effets d'accoutumance, elle est bénéfique si la consommation présente entraîne une consommation ultérieure plus grande et à l'inverse, si la consommation future induit à des effets délétères sur la santé de l'utilisateur, nous parlerons dans ce cas d'accoutumance « *dommageable* » ou « *nuisible* ».

⁵³ Georges J. Stigler et Gary Becker, « *De Gustibus Non-Est Disputandum* », *American Economic Review*, vol.67, n° 2, mars 1977 pp. 76-90.

⁵⁴ Gary S. Becker, *Accounting for Tastes*, Harvard University Press, 1996.

Nous voulons vérifier si la publicité peut entraîner un effet d'accoutumance (initiation ou une augmentation ultérieure des quantités consommées) chez l'adolescent. Ces deux auteurs rejettent toute hypothèse ad hoc qui consiste à dire que les goûts des usagers sont stables dans le temps.

Leur explication repose sur l'accumulation d'un « *consumption capital* ». L'originalité de l'approche des auteurs repose sur le fait que les préférences des individus sont stables dans le temps et que toute modification de la courbe d'indifférence proviendrait soit des variations du prix, ou le revenu des individus.

Il convient de souligner que dans l'analyse de Becker et Stigler c'est bien la fonction d'utilité qui est stable, mais les satisfactions finales évoluent bel est bien en fonction du temps. L'idée est que les individus sont rationnels, ils anticipent bien sur leur consommation future. Ils donnent un exemple, le cas d'accoutumance bénéfique où un individu prend de plus en plus du plaisir à écouter de la musique au fur et à mesure qu'il en écoute. Ils proposent une fonction d'utilité de la forme : $U = U(M, Z)$

M représente la quantité produite et consommée « *d'appréciation de musique* », tandis que Z représente les quantités produites et consommées de toutes les autres satisfactions finales.

En se référant de l'idée de Becker et Stigler, nous allons prendre comme exemple d'accoutumance bénéfique le cas où l'adolescent prend de plus en plus du plaisir à aimer la publicité sur l'alcool au départ, et au fur et à mesure l'effet cognitif de la publicité influencerait sa consommation : soit il commence à consommer donc il était non buveur ou il augmente la quantité consommée à la suite d'une période très courte. Nous tentons ici, d'appliquer le concept d'accoutumance à la publicité. Une idée qui n'est pas encore développée dans la littérature. Ainsi, notre fonction se présente comme suit : $U = U(M, Z)$

M représente « *l'appréciation de la publicité* » par l'adolescent, tandis que Z représente la quantité d'alcool consommée après avoir vu la publicité. La fonction d'appréciation va s'écrire alors : $M = M(t_m, S_m)$ où t_m représente le temps mis par l'adolescent pour regarder la publicité via à la télévision, l'internet, portable, les réseaux sociaux...et S_m le stock de capital humain favorable à la consommation d'alcool. Nous supposons alors que la quantité consommée d'alcool augmente au fur et à mesure que l'individu augmente le temps alloué à regarder la publicité.

Mathématiquement, on a :

$$\frac{\partial M}{\partial m} > 0, \quad \frac{\partial M}{\partial S_m} > 0, \quad \text{et} \quad \frac{\partial^2 M}{\partial m \partial S_m} > 0$$

Comme l'accoutumance est un phénomène qui se déroule dans le temps, toutes les variables sont indicées par j (j va de 1 jusqu'à n , n étant la durée de l'adolescence).

Nous supposons par la suite que la dualité publicité-niveau consommation d'alcool se forme dans la « pratique » et constitue le stock capital. Ainsi, cela s'écrit : $= h(M_{j-1}; M_{j-2}; \dots; E_j)$

E_j représente l'effet cognitif de la publicité.

Pour Becker et Stigler, l'effet d'accoutumance bénéfique sera défini lorsque l'on a $\frac{\partial S_{mj}}{\partial M_j v} > 0$ quel que soit v qui représente le surplus de la consommation. Nous avons par ailleurs,

$$\frac{\partial S_m}{\partial E_j} > 0, \quad \text{et} \quad \frac{\partial^2 S_{mj}}{\partial M_j v \partial E_j} > 0$$

Les quantités produites et consommées M et Z seront déterminées par la maximisation de la fonction d'utilité intertemporelle, sous contrainte des fonctions de production spécifiées et de l'équation de budget.

$$\{Max U(M, Z)\} \text{ SC: } W_{tmj} + P = \bar{A}$$

$U = U(M, Z)$ M représente « l'appréciation de la publicité » par l'adolescent, tandis que Z représente la quantité d'alcool consommée après avoir vu la publicité : l'effet positif de l'accoutumance sur l'utilité totale.

Nous tenons compte de l'effet d'accoutumance A_j qui représente la quantité consommée au-delà duquel, l'individu entre dans la dépendance du produit. Notre condition de premier ordre CPO s'obtient lorsque l'égalité suivante est vérifiée :

$$\frac{MU_{mj}}{MU_{zj}} = \frac{\pi_{mj}}{\pi_{zj}}$$

MU désigne l'utilité marginale et le coût implicite de la satisfaction finale considérée.

Il convient alors de déterminer la valeur du prix implicite de l'appréciation de la publicité par l'adolescent. Celui-ci sera égal au coût marginal de substitution, une unité supplémentaire de cette satisfaction. Ainsi, nous obtenons à la suite de Becker et Stigler :

$$\pi_{mj} = \frac{w}{MP_{tmj}} A_j \text{ avec } A_j > 0$$

Nous voyons apparaître dans cette formule deux éléments : le salaire w (prix de l'input temps) sur la productivité marginale de cet input, et A_j indique l'effet d'accoutumance⁵⁵.

Il est nécessaire d'en tenir compte car une consommation due à la publicité, représente un investissement pour le produit et cet investissement va forcément dépendre du temps mis à regarder cette publicité. Puisque le prix d'une drogue dépend du temps, nous pouvons alors supposer que le capital investi sur ce produit diminue avec l'âge de l'individu.

Il en ressort que si le temps mis par l'adolescent à regarder la publicité augmente alors il a tendance à aimer davantage la publicité ce qui lui poussera soit à augmenter sa consommation d'alcool ou à commencer à consommer de l'alcool sous l'effet cognitif de la publicité à condition que l'effet d'accoutumance bénéfique ne soit pas négligeable par rapport au prix de la drogue. Néanmoins, cette consommation pourrait diminuer au fur et à mesure que l'individu prend de l'âge à cause par exemple de l'accueil d'un nouveau-né ou d'entrée dans la vie active. Dans ces conditions, le consommateur devient sensible aux variations du prix et toute modification de son comportement proviendrait soit du prix ou de son revenu.

En revanche, une accoutumance nuisible entraîne une diminution du stock de « *capital de consommation* » au lieu de l'augmenter (demande élastique). Nous aurons alors :

$$\frac{\partial S_j}{\partial H_{jv}} < 0$$

quelque soit v , H la consommation finale donnant lieu à une accoutumance nuisible. Ici, le prix implicite augmente avec le temps et la quantité consommée a tendance à baisser du fait de plusieurs facteurs liés à l'individu (âge, maladie...). La demande de la satisfaction finale à ce type de produit devient relativement inélastique à la hausse du prix (demande inélastique).

⁵⁵ La formule n'est pas reprise ici mais Becker et Stigler déterminent bien la valeur de A_j .

En conclusion, les auteurs rejettent toute hypothèse ad hoc sur des modifications de goûts et en affirmant que seules des variables économiques (prix, revenu) permettent de faire des « *prédictions utiles sur le comportement observable* ». La thèse des deux auteurs reste discutable.

À notre avis, cette approche ne s'applique pas forcément à tout type d'individus, mais aussi à notre produit. Nous pensons que cette approche est valable que pour les individus adultes mais pas pour les adolescents car ces derniers [les adultes] ont en général une rationalité limitée quand ils font des choix, surtout des choix d'usage de drogues. Ce faisant, contrairement à Becker et Stigler, nous postulons que les adolescents sont des « *individus manipulables* » du fait de leur « *comportement irrationnel* » de faire des choix.

L'auteur s'est intéressé à la question des changements de préférences en insistant sur les méta préférences⁵⁶. De plus, une analyse par rapport aux élasticités montre l'effet contraire, car en général, la quantité consommée d'un produit diminue avec l'augmentation de son prix et cette hypothèse n'est pas vérifiée dans le cas des drogues licites (alcool et tabac).

Dans ce cas, il paraît que d'autres déterminants influenceraient le comportement des consommateurs par rapport à ce type de bien. Cela, nous pousse à penser qu'il existerait une relation causale entre l'exposition des jeunes à la publicité sur l'alcool et leurs comportements de consommation. Des études empiriques témoignent dans cette direction. Par exemple, Chen et al., (2005) établissent dans leur étude une relation positive entre la sympathie des annonces publicitaires au départ et la consommation d'alcool au cours d'une période de suivi de trois ans d'un groupe d'adolescents âgés entre 9-16 ans dans la Baie de Francisco aux États-Unis. Ces derniers ont non seulement aimé la publicité mais leur consommation croît. Dans ce même ordre d'idées, Anderson et Baumberg (2006), à partir d'une revue de la littérature de 13 études longitudinales, menées aux États-Unis, en Allemagne, en Nouvelle Zélande et en Belgique portant sur 38000 jeunes, évaluent une relation positive entre l'exposition à la publicité sur l'alcool dans les médias (télévision, radio, affichages publicitaires, internet) et les comportements déclarés d'alcoolisation chez les jeunes. Les 12 études ont montré une relation significative entre l'exposition à la publicité et l'initiation de la consommation d'alcool chez les adolescents non buveurs d'une part, puis l'augmentation de la consommation chez les jeunes déjà buveurs d'autre part. Plus l'exposition publicitaire est importante et plus la consommation est élevée chez les buveurs.

⁵⁶ Albert Hirschman : « trois façons simples de compliquer l'économie politique, 1984, P.89-90 »

La troisième étude indique que la présence de panneaux publicitaires de marque d'alcool à moins de 450 mètres d'établissements scolaires peut favoriser des intentions de consommation. Pour finir, McClure et al., (2013) affirment que le phénomène de « *binge drinking* » est fortement associé à des expositions régulières de publicité en faveur de l'alcool. Ces résultats peuvent justifier en partie que la publicité a un impact sur la demande d'alcool.

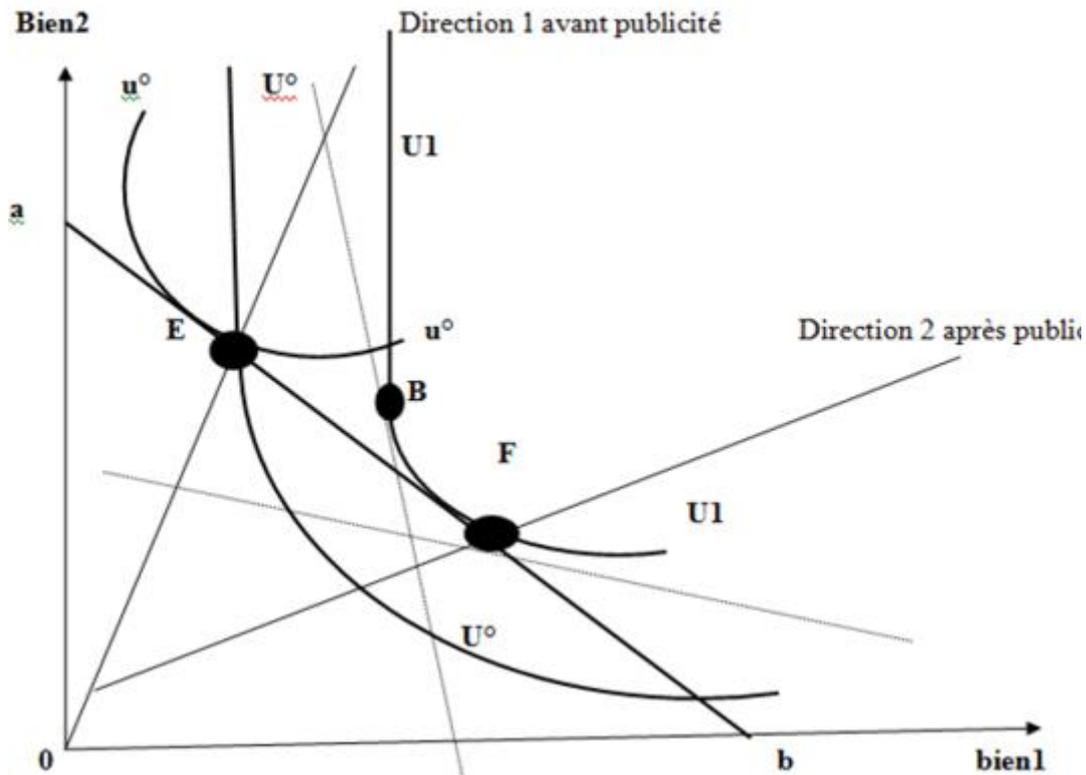
3.2 L'impact de la publicité sur la demande

En postulant que la publicité influence les choix de consommation des individus à travers les prix implicites, nous pouvons distinguer deux cas : dans le premier, la publicité modifie le champ de préférences des individus. Ainsi, la demande d'alcool se déplace parallèlement à elle-même et dans le second, la publicité entraîne un effet de substitution, elle est plus ou moins élastique selon que le prix baisse ou monte⁵⁷.

Une analyse du marché de l'alcool nous permet de s'interroger si la publicité accroît la participation sur ce marché ? Cet argument défendu par les tenants de l'orthodoxie, s'explique de la manière suivante : si le prix maximal que l'on est prêt à payer pour un bien est supérieur au prix que l'on va réellement payer, dans ce cas, on peut accepter d'entrer sur le marché ou renoncer à l'achat. La publicité va entraîner une augmentation du prix maximal que l'on est prêt à payer pour le bien considéré, incitant toutes choses égales par ailleurs, les consommateurs à entrer sur le marché. L'impact de la publicité sur les nouveaux entrants n'est possible que si la consommation du produit est jugée nocive comme l'alcool ou le tabac. Graphiquement, nous pouvons démontrer cela en prenant l'exemple de deux biens : le bien 1 est soumis à la publicité et le bien 2 ne l'est pas : on obtient la **figure 4**, tiré de Lemennicier et al. (1998) suivant : qui explique l'arbitrage entre ces deux types de biens.

⁵⁷ La proposition d'une plus forte inélasticité de la demande lorsque les prix montent et d'une plus faible inélasticité lorsque les prix baissent simultanément avec un déplacement de la demande parallèlement à elle-même, lorsque la publicité affecte les préférences, ne peut être déduite des fonctions d'utilité courantes en économie. Ce que la théorie du consommateur prédit avec une fonction d'utilité simple, c'est un déplacement de la demande et une plus forte élasticité de la demande au niveau individuel.

Figure 4 : impact de la publicité sur la demande



Source : (Lemennicier et al., 1998)

À travers cette figure, nous voyons nettement que la publicité modifie les préférences (vision traditionnelle) en faveur du bien 1 soumis à publicité. Avant la publicité, elles représentent le champ d'indifférence u° . À la suite d'un effort publicitaire, le champ d'indifférence prend une autre forme matérialisée par U° et un déplacement de l'optimum de l'agent de E à F. Ce nouveau point F devient alors sa nouvelle demande. En revanche, à ce point, si le prix du bien 1 (soumis à publicité) diminue, la substituabilité est plus forte qu'avec le champ d'indifférence u° .

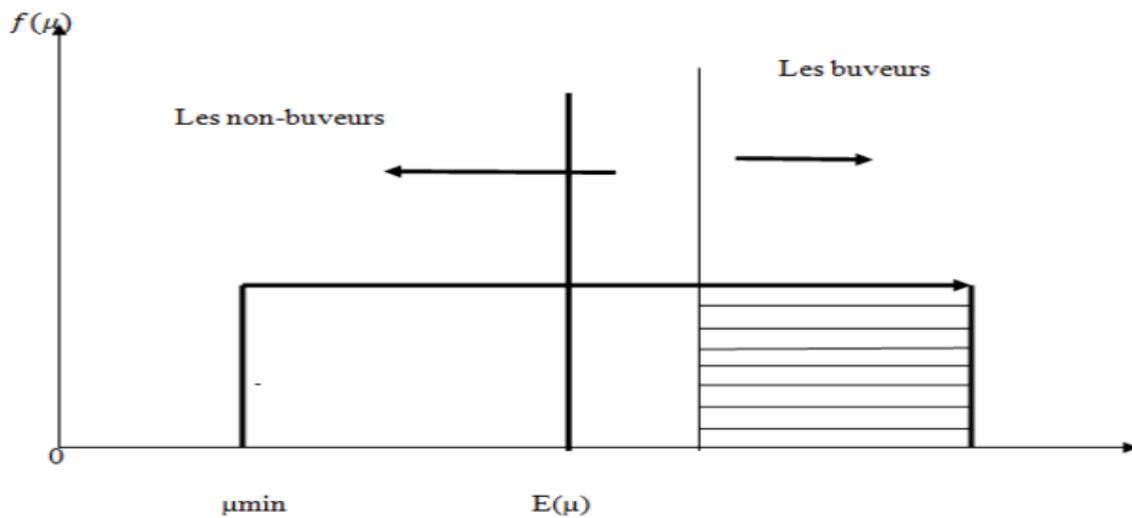
Et en revanche, si le prix du bien 1 augmente, nous observons l'inverse. La demande est plus sensible ou élastique à une diminution du prix qu'à une augmentation et la courbe se déplace parallèlement à elle-même et sur la droite. Certes, tous les individus ne consomment pas du bien sur lequel on fait de la publicité, mais il apparaît que la publicité peut inciter les non-buveurs à consommer de l'alcool. Ainsi, elle entraîne un effet de levier sur ce marché ou l'effet participation.

Cependant, nous allons essayer d'analyser l'impact de la publicité sur les choix de consommation, il nous semble pertinent de regarder comment cette publicité va affecter la demande individuelle des consommateurs à la demande globale.

3.3 L'impact de l'effet participation sur le produit alcool

Pour un nombre quelconque de consommateurs, la demande de marché est égale à la somme horizontale des demandes individuelles : On la note : $X = (P_x, P_y, R_1 \dots R_k, \mu_1 \dots \mu_k)$ où le nombre de consommateurs i varie de 1 à k . R_i indique le revenu nominal du consommateur i et μ_i indique le prix effectif de ce type de bien. La demande globale va dépendre non seulement des prix relatifs, mais aussi des revenus et des prix d'entrée sur le marché. Ainsi, la courbe de demande de marché aura une pente plus faible que la courbe de demande individuelle, ce qui justifie forcément l'effet participation. Lorsque le prix de marché diminue, et que de nouveaux consommateurs entrent sur ce marché, on aura davantage une pente plus faible de la demande globale, du fait que non seulement les consommateurs ne sont pas les mêmes, mais aussi leur disposition à payer n'est pas identique d'un consommateur à l'autre. La distribution des points d'entrée sur le marché des boissons alcoolisées est en partie liée à la distribution des revenus (puisque qu'on parle des adolescents, leur revenu est leur argent de poche), aux goûts, aux coûts d'accès au marché (ce coût inclus les dépenses publicitaires des firmes, l'effort de recherche par les consommateurs mesurés par le temps) de ce type de produit. La forme de cette répartition peut jouer un rôle important dans l'explication de l'entrée des consommateurs à partir d'un certain prix fixé. Alors, posons P_x le prix de marché et $F(\mu)$ la fonction de répartition (cette fonction de répartition est supposée uniforme pour simplifier la représentation) des prix maximaux que les agents sont prêts à payer, avec $E(\mu)$ le prix maximal moyen et $\text{var}(\mu)$ la variance de la distribution. Graphiquement, on obtient la **figure 5** ci-dessous.

Figure 5 : Impact de l'effet participation sur le produit alcool



Source : (Lemennicier et al., (1998))

Il convient de montrer que tout prix maximal moyen μ situé à droite de P_x que les agents sont prêts à payer est supérieur à P_x (prix de marché), dans ce cas les individus vont consommer le produit et dans le cas contraire, ils ne consomment pas. Ainsi, l'impact de la publicité sur le taux de participation aura deux effets différents : soit $E(\mu)$ se déplace vers la droite et le nombre de buveur va augmenter sur ce marché, soit $E(\mu)$ reste constant et $\text{var}(\mu)$ va augmenter ; la publicité ne va pas influencer les non-buveurs : donc ils ne débutent pas une consommation ou augmenter les quantités consommées. Ainsi, la probabilité de ne pas consommer à un effet indirect sur le taux de participation et nous le notons : $F(P_x) = P(\mu \leq P_x) = \int_0^{P_x} f(\mu) d\mu$ En d'autres termes une augmentation des dépenses publicitaires, diminue la probabilité de ne pas boire si : $\frac{d}{dA} \int_0^{P_x} f(\mu) d\mu < 0$

Puisque la fonction de répartition est supposée uniforme, on aura comme fonction de densité $f(\mu)$ uniforme aussi : $f(\mu) = \frac{1}{\mu_{\max} - \mu_{\min}}$ Avec $\mu_{\min} < \mu < \mu_{\max}$.

L'espérance et la variance vont s'écrire respectivement :

$$E(\mu) = \frac{1}{2}(\mu_{\max} - \mu_{\min}) \quad \text{et} \quad \text{var}(\mu) = \frac{1}{2}(\mu_{\max} - \mu_{\min})^2$$

Nous apercevons que la variance n'augmente pas forcément si on augmente les dépenses publicitaires, elle le sera à condition que $\mu_{\max} > \mu_{\min}$ cela veut dire que la publicité va biaiser à droite la distribution des points d'entrée.

Globalement, si la publicité affecte $E(\mu)$, la demande agrégée se déplacera parallèlement à elle-même. En revanche, si elle affecte en même temps la $var(\mu)$ et $E(\mu)$ de la distribution, l'élasticité de la demande agrégée sera affectée aussi. Dans ce cas la demande de l'alcool devient sensible aux variations du prix et toute augmentation des dépenses publicitaires entraînera une hausse de la consommation. La publicité pourrait affecter non seulement le comportement des buveurs mais également celui des non-buveurs. Par conséquent, elle devrait affecter les goûts de trois manières :

- a. Par un effet de substitution plus faible lorsque les prix sont en hausse, un effet de substitution plus fort lorsque les prix sont en baisse : la courbe d'indifférence reste identique ;
- b. Par un effet de participation accru ;
- c. La demande globale est affectée par la publicité de la même manière que la demande individuelle.

4. Conclusion

Dans ce chapitre, nous souhaitons montrer l'influence de la publicité sur les choix de consommation des adolescents à travers le produit alcool en faisant une étude empirique. Cependant, à travers notre recherche nous nous sommes rendu compte que la publicité peut être un facteur explicatif de l'initiation à la consommation d'une part, et d'autre part d'une augmentation de la quantité consommée d'alcool des adolescents au détriment d'une variation de prix ou de revenu au sens de Becker et Stigler (1977). Les travaux réalisés sur l'effet des publicités des drogues licites (alcool et tabac) montrent l'influence significative de ces pratiques marketings sur les opinions, les attitudes et les comportements des individus en général et des jeunes en particulier.

Étant donné les résultats de ces recherches, il nous semble primordial de prendre en compte dans les dispositifs de prévention ces stimuli marketing positifs. Cela pourrait permettre de concevoir des dispositifs de prévention plus efficaces. Il est aussi important de proposer des lois [et leur respect] pour mieux contrôler les méthodes publicitaires utilisées par ces firmes du tabac et de l'alcool surtout sur l'internet et à la télévision, par exemple, des contre-publicités sur l'alcool via des avertissements sanitaires visibles de grande taille pour les marques d'alcool et sur les packagings des produits du tabac. Il faut sensibiliser davantage les adolescents sur les informations manipulatrices de ces firmes dans des programmes d'éducation à l'école, à la maison et dans les médias.

Au-delà de ces actions dont l'objectif est de protéger « *le capital santé* » des jeunes d'une part, et de contrer le marketing agressif des industriels, d'autre part ; il est nécessaire de déployer aussi d'autres outils pour réduire les comportements tabagiques et alcooliques des adolescents. Par exemple, en matière de prévention, il est essentiel de faire des campagnes récurrentes de sensibilisation sur les dangers de la publicité car les adolescents apprennent de plus en plus sur l'alcool présent à la télévision ce qui fait qu'ils savent plus les différentes marques de bière que les dangers potentiels de l'alcool sur la santé. C'est pour cela il nous paraît nécessaire de prévenir, d'informer ou même de susciter un esprit critique des adolescents par rapport aux médias pour qu'ils puissent déceler les manipulations publicitaires. Mais aussi nous jugeons opportun que les États devraient limiter ou même interdire les publicités de l'alcool via internet car c'est l'outil qui véhicule plus d'information et il est plus à la portée de tous les adolescents.

En guise d'exemple, une étude faite par (Litt. D.M., Stock M.L., 2011), portant sur les jeunes visitant les pages Facebook, ces derniers montrent d'une volonté grande de consommer d'alcool et une volonté faible de percevoir les dangers liés à une consommation abusive. Cependant, en plus des lois qui encadrent l'intervention publique sur le marché des drogues nous admettons que d'autres facteurs participent dans l'explication des comportements de consommation des jeunes tels que l'influence parentale, des facteurs sociodémographiques et des facteurs psychosociaux. C'est pour cela, nous essayons d'analyser empiriquement l'impact ces différents facteurs dans les usages problématiques d'alcool, de tabac ou de cannabis des 15-25 ans français dans notre prochain chapitre.

Chapitre 4

L'impact de la norme subjective et de la loi sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis chez les 15-25 ans en France.

1 Introduction

Pour traiter ce thème, nous partons d'un constat général, qui est d'ailleurs, partagé par plusieurs auteurs (Couteron, 2008 ; Couteron, 2011 ; Obradovic, 2015 ; Lascaux et Couteron, 2015). Il s'agit à la fois d'une banalisation de l'usage problématique d'alcool ou de tabac et une hausse de l'usage régulier du cannabis chez les adolescents en France. Ces comportements de consommation ont d'ailleurs été accentués par internet, particulièrement accessible à ces derniers. Ainsi, pour faire face à ces comportements à risque chez les adolescents français (en 2014 selon l'enquête ESCAPAD moins de 7% des jeunes de 17 ans n'ont expérimenté aucune de ces substances) les politiques adoptent des législations qui paraissent promouvoir la santé de ces usagers mais visent également à lutter contre le trafic et la production. La réglementation par l'État peut aller d'une interdiction pour les mineurs de toutes formes de drogues jusqu'à une relative tolérance chez les adultes.

En parallèle, à travers les études épidémiologiques, nous savons que les opinions et les perceptions des individus face à la réponse publique divergent selon leur proximité avec les substances. Plus ils en consomment et plus ils sont favorables aux mesures qui visent à assouplir les lois pour un usage récréatif sans condition des adultes.

Ce sont en effet, les orientations de politique publique concernant les différentes drogues qui donnent lieu à des débats controversés à plusieurs niveaux en soulevant des questionnements moraux et sanitaires complexes. Plus exactement, la confrontation entre la banalisation de l'usage et le statut juridique de ces substances entraîne des conflits intergénérationnels jusque dans les familles entre les parents et leurs enfants pour des raisons de responsabilité parentale ou de croyances du côté des parents ou de construction sociale pour les enfants. En cela, l'étude des représentations sociales des drogues apparaît intéressante et mérite d'être approfondie d'autant plus qu'elle constitue un enjeu de prévention des addictions noué de sens (Dany et Apostolidis, 2002).

Cette recherche pourrait nous permettre de nous faire une idée plus précise de la manière dont ces différentes substances (alcool, tabac ou cannabis) sont pensées ou perçues au sein des familles au regard des lois. Nous admettons par ailleurs, que les perceptions et les opinions des adolescents sur les drogues licites (alcool et tabac) comme illicites (cannabis) sont étroitement liées à l'influence des normes parentales (objectives et subjectives) mais aussi à différents facteurs sociodémographiques comme l'âge, le sexe, le niveau de scolarité ou la proximité de l'individu avec les drogues (consommateurs ou non-consommateurs) et varient selon l'intensité de l'usage (de l'expérimentation jusqu'à une consommation régulière) (Du Roscoät et al., 2015).

Ainsi, notre recherche vise à comparer les perceptions et les opinions d'adolescents consommateurs et non consommateurs avec celles de leurs parents, afin de mieux comprendre comment la norme sociale et les lois sur les drogues sont perçues par les adolescents au sein de la famille. Nous essayerons de répondre aux questionnements (ci-après) qui s'opposent tout en étant complémentaires : d'abord, comment les lois face aux substances sont-elles incarnées dans les familles ? Ensuite, comment sont-elles pensées par les adolescents ? Et enfin quel lien existe-t-il entre les lois et la norme subjective ?

2 Évolution générale de la littérature sur le monitoring parental

La littérature des années 1970 a pour toile de fond les premières études systématiques des consommations des substances psychotropes, c'est-à-dire les enquêtes qui deviendront par la suite les études de type ESPAD. L'enquête 1979 aux États-Unis dans la population des lycéens donnait 100% d'expérimentation pour le cannabis. Cela n'a pas relativisé le rôle des styles familiaux. Au contraire, la « théorie du crime » de Gottfredson et Hirschi (1983) propose le schéma quasiment de type causal : **Monitoring -> Tempérament -> Passage à l'acte**. S'est alors développée une littérature sur le monitoring venant amender ce schéma initial. D'un schéma où le style parental est le premier domino de la chaîne de causalité, les études ont surtout mis en avant un système de triple interaction, entre le contexte familial, les pairs et le tempérament de l'adolescent. Le Tempérament nécessite une approche individualisée (ANESM, 2010). Le chaînage « **Tempérament -> Passage à l'acte** » est aujourd'hui inclus dans un schéma général qui examine également le rôle des pairs et celui des styles familiaux. La littérature psychologique et criminologique a maintenu des investigations sur la partie du chaînage liant styles familiaux et genèse de comportements inadaptés chez l'adolescent. Cette littérature étudie de nombreux exemples de styles inadaptés de monitoring familial.

La théorie de la délinquance (Born, 2002) à partir de l'incohérence temporelle d'un monitoring familial est celle qui marque une transition épistémologique vis-à-vis de la typologie initiale de Baumrind.

Tableau 4 : Styles parentaux aux effets négatifs

Styles « psychologiques » Effets négatifs : désordres « internes »	Attitudes surprotectrices, de création de forte dépendance affective -> perte complète d'autonomie de l'adolescent
	Attitudes finalisées par des buts, la recherche de la performance (déterminée par les parents) -> humeur dépressive, attitude suicidaire
Styles « comportementaux » Effets négatifs : désordres « externes »	Attitudes de fort contrôle comportemental (par exemple induit par des nouvelles technologies) -> comportement d'évitement, de rupture
	Faible contrôle comportemental -> addictions, violence
Incohérence temporelle (modèle de Born de la délinquance)	Une stratégie de monitoring qui ne peut être tenue dans la durée, d'où des « sauts » de l'attitude des parents

On parlera à partir d'Omer et al., 2016 de « vigilance parentale » pour un programme de contenu positif à donner à l'autorité parentale. Les travaux de Haïm Omer ont d'abord porté sur les situations les plus conflictuelles-il s'écarte donc de la voie « gaussienne » qui a été celle initiant la première grande synthèse sur les styles parentaux de Baumrind. Cependant, le programme de « vigilance parentale » se veut une recomposition à partir de toutes les études fragmentaires relatives à différents aspects du style « autoritatif » de Baumrind.

2.1 Parents et pairs

La littérature sur les influences respectives des parents et des pairs présente une hésitation entre deux approches : celle des apprentissages sociaux qui privilégient les aspects liés à la socialisation de l'adolescent et à l'existence d'une communauté d'utilisateurs des substances psychotropes, pouvant comprendre aussi parents ou membres de la fratrie, et celle d'un monitoring, surveillance d'adolescents supposés potentiellement déviants. Des effets combinés viennent compliquer le raisonnement (Svensson, 2003 ; Bahr, 2005 ; Barnes, 2006).

Une relecture du modèle « autoritatif » indique par exemple, que le lien entre la modération vis-à-vis du tabac des adolescents provenant de familles « authoritative » s'explique en tenant compte de la médiation des pairs et de l'interférence avec le style parental (Adamczyk Robinette, 2002). Ce sont spécifiquement des études sur le tabac chez les préadolescents qui insistent sur le rôle des pairs (Adamczyk-Robinette, 2002), tandis que la tonalité change avec les études sur l'alcool où le rôle majeur du monitoring est souligné (Barnes, 2006).

Le questionnaire standard ESPAD ne renseigne pas le détail du style parental, mais la relation aux pairs – il semble donc porté par une communauté de recherches dans des approches d'apprentissages sociaux. Les trois déterminations (Tempérament individuel, Style parental, Relation aux Pairs) sont au plus déclinées par deux. L'approche de la typologie de Baumrind est celle de caractéristiques invariantes d'un style parental au cours du développement de la personne (enfant, préado, ado, jeune adulte). Il est conjecturé que cela fonctionne aussi en raison de considérations induites pour les relations entre parents et pairs (Adamczyk-Robinette, 2002), mais cela apparaît tout de même comme une faiblesse des approches par les styles parentaux. La synthèse de la Vigilance parentale doit donc préciser le cadrage des relations avec les pairs, et apporter un aspect dynamique à la référence au style « chaleureux et communicationnel » standard.

2.2 Styles parentaux et addictions

Des travaux sont venus compléter, voire fragmenter en multiples sous-types, la typologie Permissif/Autoritatif/Autoritaire des styles parentaux, dont l'article initiateur pour l'addiction est de 1991 (Baumrind, 1991). Sans doute, une courbe en **J** résume ces travaux sur les différents styles parentaux. Les dérives autoritaires donnent les pertes sociales les plus importantes. Le meilleur contrôle de soi chez l'adolescent est associé au standard « chaleureux et communicationnel » du style Autoritatif.

Une dégradation limitée est liée à une faible supervision ressentie (ce qui conduit à plus de prises de risques dans une recherche d'expériences ; DiClemente, 2001), ou effective (Aizer, 2003). Les résultats valent aussi pour des personnes appartenant à des minorités (DiClemente, 2001 ; Clark, 2015).

La tranche d'âges concernée par les études joue dans la diversité des approches d'une même substance. Par exemple, un suivi d'une cohorte recrutée entre 10 et 12 ans parmi des familles avec père présentant des désordres liés à l'alcool souligne les difficultés propres à des adolescents en difficulté (Clark, 2008). Une cohorte 14-17 ans indique un fort lien entre absence de supervision et survenue d'un dysfonctionnement lié à l'alcool (Clark, 2005). Dans une mesure en continue du niveau de supervision pour des jeunes de minorités âgés de 12 à 14 ans, le sous-groupe avec un décrochage marqué du niveau de supervision vers 13 ans connaît une forte croissance des usages de substances psychotropes (Tobler, 2010).

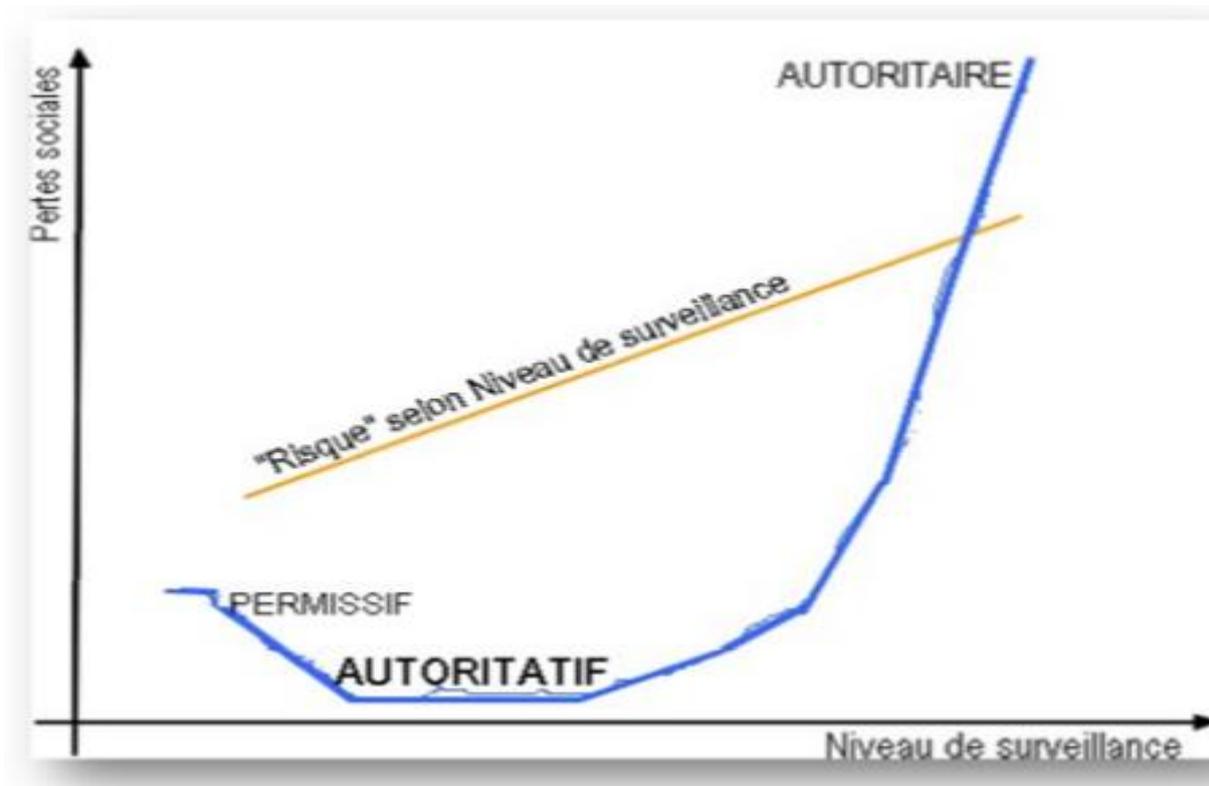
L'étude sur le guidage parental pour les troubles liés à l'alcool est riche d'enseignements (Miller, 2010). La seule stratégie des parents qui améliore une situation de référence « abstentionniste » des parents est celle de « décourager l'usage ». Les parents supervisent, fixent des règles et ont une attitude générale négative vis-à-vis de l'alcool. La stratégie qui donne les plus mauvais résultats, à savoir le maximum de prise de risques par les adolescents, est celle de « fixer les limites » en termes de fréquence et de quantité. L'adolescent explore les extrêmes avec un plaisir de la transgression. L'étude est menée chez les 15-16 ans, et ceux qui sont des fumeurs sont aussi ceux qui ont le plus tendance à développer des troubles liés à l'alcool.

2.3 Un modèle de vigilance ou d'autorité parentale : un résumé

Le concept de « monitoring » (surveillance) a été mis en avant dans les études statistiques. Si le « monitoring » à proprement parler d'un nourrisson peut correspondre à une pratique effective des parents, cela n'est plus très adapté pour les âges ici concernés, à savoir de la préadolescence aux jeunes adultes. De toute évidence, la terminologie du « monitoring » appartient au domaine du style parental « Autoritaire », c'est-à-dire là où les pertes sociales peuvent être les plus importantes. Même dans un problème standard de gestion de risques, il n'y a pas généralement une relation linéaire entre l'intensité de la surveillance et la réduction des risques. Un accroissement de risques provoque plutôt un accroissement de surveillance, si bien que la réponse à un accroissement de risque va se trouver dans la partie de la courbe en **J** qui correspond à un niveau élevé de pertes sociales.

En effet, la courbe Risque et Niveau de surveillance est croissante, elle va rencontrer la courbe des styles parentaux dans la partie du style « autoritaire » comme matérialisé dans la figure 6 ci-après.

Figure 6 : réponse autoritaire



Source : (ANE et Callens, 2017)

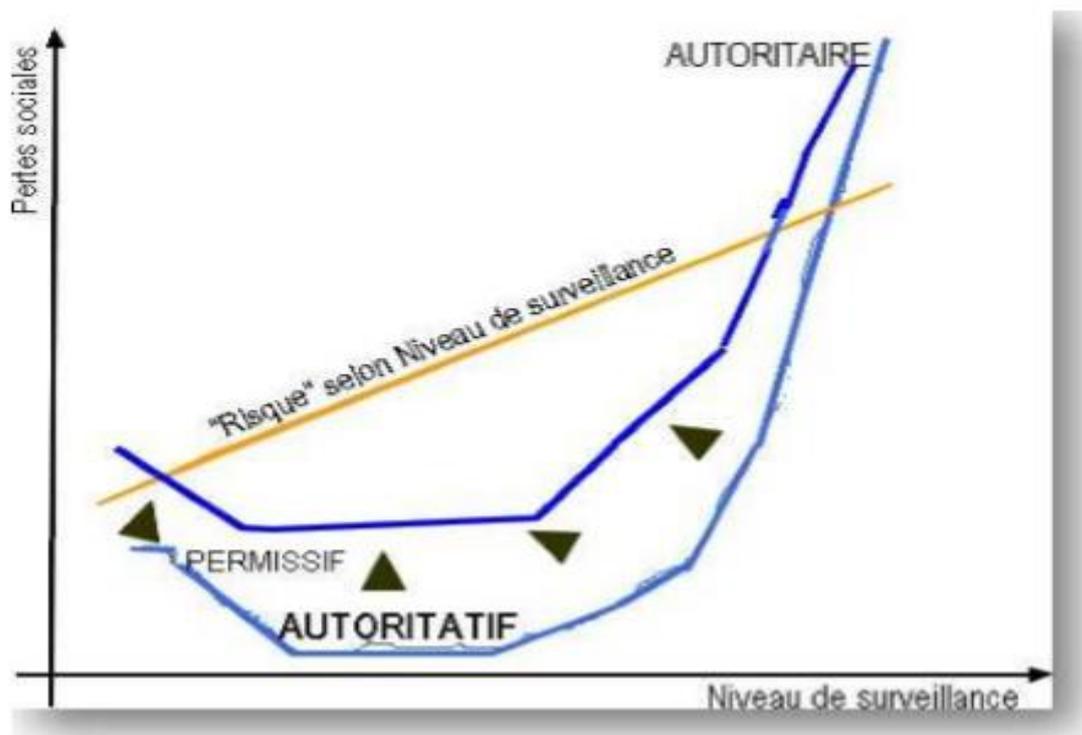
Dans cette configuration, toute stratégie qui consiste à rester dans le style Autoritatif va au contraire conserver la situation optimale de conservation du minimum de pertes sociales. Celle proposée par Haim Omer et collaborateurs appartient à ce type (Omer, 2016).

La question de la gestion d'une situation compromise est délicate. En règle générale, en dehors de ces situations compromises, l'optimum est très proche, il suffit de ne rien faire et c'est presque le meilleur à faire – en tout cas, cela ne conduit pas aux situations les plus graves (Miller, 2010). Faire face à une situation compromise est en revanche plus difficile, la plupart des stratégies « naïves » sont plus mauvaises que la seule abstention (Miller, 2010).

La situation de « yo-yo » pour les styles parentaux, une alternance de phases permissive et autoritaire, correspond au modèle de Born pour la délinquance. Elle peut s'expliquer par un fonctionnement général des styles parentaux avec un niveau général de pertes sociales un peu plus élevé, ce qui fait apparaître deux points d'intersection avec la courbe « risque/niveau de surveillance ».

L'approche de la vigilance parentale peut se représenter comme le fait de suivre le sentier inclus dans le type « Autoritatif », dans un contexte de dégradation et d'éventuelle augmentation du niveau de surveillance comme schématisé en-dessous.

Figure 7 : Modèle de Born

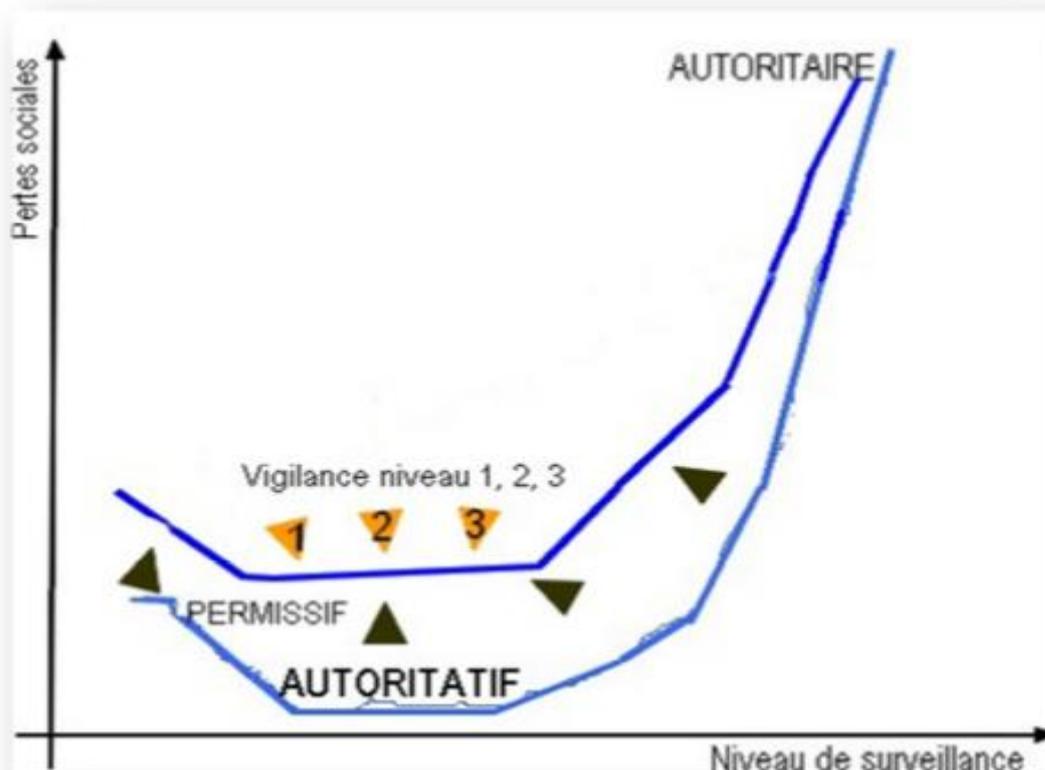


Source : (ANE et Callens, 2017)

Dans l'approche de la vigilance parentale, il est imposé de rester dans le style autoritatif, ceci entre autres permet d'éviter la situation du modèle de Born. La stratégie de réduction des risques proposée par Haim Omer qui doit être mise en œuvre est celle réalisée par niveau, comme indiqué dans la figure 8 en dessous.

Une planification préalable des différentes attitudes évite l'incohérence temporelle : Haim Omer le fait en trois registres – l'écoute ouverte, la focalisation (une première alarme avec réaffirmation des règles), la protection (la réduction des risques). Le jeu stratégique (Tempérament, Autorité parentale) se modifie d'abord par l'étendue de la connaissance partagée. Celle-ci est de toute façon intrinsèquement limitée dans un mode dialogué et chaleureux. La gestion se fait en présentiel et reste flexible et adaptée au niveau de risque (Omer, 2016). Ces recommandations sont construites et développées à partir d'un point de vue critique du contrôle comportemental distant par de nouvelles technologies.

Figure 8 : La vigilance parentale



Source : (ANE et Callens, 2017)

3 Cadre d'analyse

La législation du tabac et de l'alcool apparaît plus laxiste ou libérale (*même si le paquet de cigarette est devenu neutre et que la vente d'alcool et du tabac est interdite aux moins de 18 ans*)⁵⁸ par rapport à celle du cannabis dont l'usage simple est puni par la loi. Même s'il existe une différence de perception entre l'alcool et le tabac du côté de la société en général, ces deux produits sont plus tolérés que le cannabis à cause de leur ancrage culturel et social ce qui pourrait entraîner un contrôle parental plus limité. À ce titre, pour ces auteurs (Doba et Nandrino, 2010 ; Buelga et Musitu, 2006), toute loi prohibitive est inefficace car la décision individuelle de consommation ou pas va dépendre de la personnalité et de l'influence du groupe social d'appartenance. Poursuivant, ils postulent que, si l'entourage familial consomme et observe une attitude permissive de l'usage des enfants, ils consommeront probablement.

⁵⁸ La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) votée depuis juillet 2009 a étendu l'interdiction de vente des produits du tabac et des boissons alcooliques à tous les mineurs. La réglementation antérieure prohibait la vente de ces deux substances aux jeunes de moins de 16 ans.

De même du côté des pairs, s'ils fréquentent des consommateurs, sa probabilité de consommer augmentera à cause de la pression sociale qui prendrait le pas sur les lois. De plus, du côté des politiques publiques, ces deux substances semblent moins encadrées probablement pour des raisons économiques, même si les taxes sur l'alcool apportent des recettes fiscales et que les taxes sur le tabac engendrent un déficit au gouvernement français (Kopp et Ogradnik, 2016).

À l'inverse, pour le cannabis, la loi comme l'autorité parentale interdisent l'usage simple. Or, les jeunes français consomment plus que leurs semblables des pays voisins. Cette situation laisse penser que les normes gouvernementales et législatives en matière d'usage de cannabis n'ont pas ou peu d'effet sur les jeunes consommateurs⁵⁹. Il semblerait également que la politique prohibitionniste française sur le cannabis n'ait pas d'effet sur les recettes fiscales car elles sont nulles⁶⁰. Parallèlement à ces effets, il s'y ajouterait un autre fait, il s'agit d'un manque de discussion de manière récurrente au sein des familles des sujets relatifs aux dangers des drogues. Ce manque de communication se ressent également au niveau étatique car la France fait partie des derniers pays en Europe à avoir des semaines ou des mois à communiquer sur les risques par exemple de l'alcool, peut-être à cause des lobbys. En France, il paraît difficile de communiquer sur les effets dommageables de l'alcool, le plus souvent les effets positifs sont plus mis en avant.

Pourtant, la dernière enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP)⁶¹ établit que l'adhésion des Français aux politiques publiques en vigueur traduit un double mouvement : d'un côté, une plus forte adhésion aux mesures prohibitives concernant l'alcool et le tabac et de l'autre, un suffrage moins marqué pour la répression de l'usage simple du cannabis. Ces derniers sont plus favorables aux sanctions alternatives, notamment pour un simple rappel à la loi ou une obligation de soins en cas de récidive. Ainsi, il apparaît intéressant de chercher les facteurs associés ou explicatifs de l'abstinence ou de la consommation des substances chez les 15-25 ans en France.

⁵⁹ Ben Lakhdar et Tanve, 2013.

⁶⁰ Kopp, 2016.

⁶¹ <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmtta.pdf>

Contrairement à la littérature développée sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis des jeunes qui se focalise principalement sur l'individu, nous nous démarquons de celle-ci en essayant de mettre en évidence, d'une part certains déterminants psychosociaux tels que la norme et le contrôle parental sur les jeunes car il est aujourd'hui établi que ces différents déterminants permettent de mieux comprendre les comportements de consommation : rester non consommateur (tabac, cannabis), diminuer sa consommation (alcool, cannabis) ou arrêter (tabac). De l'autre, nous nous intéresserons aux effets des lois qui encadrent l'intervention publique sur le marché des drogues pour mieux mesurer leur efficacité.

Pour ce faire, nous postulons que l'environnement familial joue un rôle déterminant dans l'adoption de comportements addictifs chez les jeunes, il semble ainsi nécessaire d'agir sur ces différents déterminants pour une politique efficace de prévention des conduites addictives. Finalement, nous espérons que notre recherche pourrait orienter la réflexion en matière de politique publique, concernant les actions portant sur l'environnement familial ou sur le développement des compétences parentales et/ou éducatives pour agir sur les dimensions de contrôle et de norme parentaux mais aussi sur les actions visant les parents pour les aspects normatifs.

Les indicateurs de santé sont cependant construits selon les théories et méthodes psychosociales sur les comportements de santé, en particulier, la Théorie du comportement planifié⁶² (TCP). La TCP a démontré sa capacité à prédire de nombreux comportements de santé parmi lesquels la consommation de drogue, de tabac ou d'alcool (Sheeran et Ravis, 2003).

Un comportement de santé (par exemple : commencer à fumer du cannabis) est déterminé par l'intention comportementale⁶³ qui elle-même dépend de l'attitude (l'opinion positive ou négative de la personne par rapport à la réalisation d'un comportement de santé) ; de la norme sociale (opinion des personnes importantes sur l'individu s'il réalisait un comportement de santé) et du contrôle comportemental (opinion de la personne sur sa capacité à adopter un comportement de santé).

⁶² Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In kulh, J. & Beckmann. Action-control: from cognition to behavior, Heidelberg, springer, 1985, pp11-39.

⁶³ Pour Ajzen et Fishbein, (2000) l'intention comportementale est l'indicateur de la volonté d'adopter un comportement.

Pour être prédictive, l'intention comportementale (intention d'adopter le comportement cible) doit être la plus spécifique possible, c'est-à-dire qu'il faut bien définir l'action (*exemple : diminuer*), l'objet (*exemple : sa consommation de cannabis*), le contexte (*exemple : en soirée*) ou la temporalité (*exemple : au cours des 30 prochains jours*). Parmi les trois déterminants de l'intention comportementale, c'est la norme sociale qui est retenue dans notre travail car elle décrit mieux l'influence des comportements parentaux normatifs (norme objective et subjective) dans l'usage des produits psychoactifs.

4 Méthode

4.1 Recueil des données et échantillon

Les données sont extraites de l'étude « Tracking » lancée entre juillet 2012 et février 2014 par Santé Publique France (ex : Inpes). Cette enquête a pour objectif principal de suivre l'évolution des comportements de santé et de leurs déterminants. Il s'agit plus précisément d'une étude par mesures répétées avec plusieurs vagues (V0 à V11) séparées qui cherchent à suivre l'évolution de certains indicateurs de comportements de santé visés par les actions de prévention (campagnes, mesures gouvernementales et législatives...) des conduites à risque des jeunes telles que la consommation de substances psychoactives.

Au début de l'étude, chaque vague interrogeait bimensuellement un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus mais aussi d'un suréchantillon de jeunes de 15 à 25 ans et de parents d'enfants de moins de 18 ans vivant au foyer. C'est à partir de mai 2013⁶⁴ que l'étude est réalisée mensuellement auprès du grand public et d'un suréchantillon, soit « Parents », soit « Jeunes » ou en alternance. Parmi les thématiques de santé abordées, la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis) et la parentalité ont été retenues car elles répondent davantage au besoin de l'étude.

Les données collectées par la présente étude sont principalement tirées de la dixième vague (V10), auprès de 2042 Français via Access-panel, réalisée du 9 décembre 2013 au 8 janvier 2014. Cette vague étudie simultanément la consommation de substances psychoactives des jeunes, les risques liés à leur usage (uniquement avec le cannabis) et les normes parentales à travers l'interdit de l'usage du cannabis. Elle est constituée de deux échantillons d'environ 1000 personnes chacun.

⁶⁴ Au début de l'enquête en 2012, l'étude était réalisée tous les deux mois par Internet auprès de 3000 personnes (1000 de la population générale 15 ans, un suréchantillon de 1000 jeunes de 15 à 25 ans et un suréchantillon de parents d'enfants de moins de 18 ans) soit un total de 6 vagues par an.

Un échantillon dit « Grand Public » de 1050 personnes construit selon la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, région, habitat et CSP du chef de famille.

Un échantillon dit « Jeunes » de 992 personnes âgées de 15 à 25 ans est également construit selon la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, région, habitat et CSP du chef de famille.

Les deux échantillons sont cumulés dans une seule base de données avec la même procédure de redressement. Les structures de redressement sont issues des données de l'enquête emploi 2011 et réalisées selon la méthode du calage sur marge, par procédure itérative.

4.2 Mesures

4.2.1 Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques utilisées sont : le sexe (garçon ; fille), l'âge (15-17 ans ; 18-21 ans ; 22-25 ans), la CSP du chef de famille (CSP+ ; CSP- ; inactif), l'habitat (moins de 20 000 habitants ; de 20 000 à 99 999 habitants ; 100 000 habitants et plus).

4.2.2 Comportements de consommation

Les comportements de consommation mesurés sont les suivants : pour l'alcoolisation des jeunes, les Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API : au moins 6 verres en une seule occasion), à partir de la question « *à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus en une même occasion* » ; s'agissant du tabac, ce sera le statut tabagique (fumeur ou non-fumeur) et la consommation de cannabis (non consommateur 30 derniers jours ; consommateur 30 derniers jours et consommateur régulier = 10 fois ou plus par mois).

4.2.3 Déterminants psychosociaux

La norme sociale a été mesurée par un item renseignant des appréciations faites par les consommateurs et non consommateurs sur leur propre consommation. Les répondants se prononcent en exprimant leur degré d'approbation ou de désapprobation concernant l'influence de la norme sociale dans leurs consommations à partir d'une échelle de Likert en cinq possibilités allant de « pas du tout d'accord prenant la valeur de 1 » à « tout à fait d'accord prenant la valeur de 5 ». Seul l'item relatif à l'interdiction de drogue par la famille (cf. « *Notre famille interdit la consommation de cannabis* ») est renseigné par une échelle de fréquence en quatre points allant de « jamais » (= 1) à « Toujours ou Presque » (= 4)

4.2.4 Les comportements parentaux

La norme parentale joue un rôle déterminant dans l'usage de ces produits psychoactifs par les adolescents. Nous signalons que dans le Tracking, nous avons seulement des éléments concernant les normes parentales perçues : la norme parentale subjective (perçue par le jeune) ainsi que l'interdit parental concernant les drogues (déclaré par le jeune). Ce sont ces mêmes normes parentales qui nous permettront par la suite d'apprécier l'existence d'une discussion au sein des familles sur les dangers et risques de cette drogue.

5 Analyses statistiques

Notre analyse principale cherche à identifier les facteurs explicatifs de l'abstinence ou de la consommation de substances. Il s'agit plus exactement d'analyser si ces comportements de santé sont dus à l'effet contre-productif des lois ou à l'absence de discussion de manière constante au sein des familles des dangers et risques auxquels sont exposés les 15-25 ans français de notre échantillon.

Nous présentons dans un premier temps les prévalences des comportements de consommation au sein de notre échantillon. Des régressions logistiques multiples ont été réalisées dans l'identification de ces différents facteurs. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel Stata® Version 10.

5.1 Résultats

5.2 Analyses descriptives

5.2.1 Structure de l'échantillon des 15-25 ans

L'échantillon des 15-25 ans compte 50,23% d'hommes contre 49,77% de femmes. Quelques 23,22% sont âgés de 15 à 17 ans ; 39,04% de 18 à 21 ans et 37,75% de 21 à 25 ans. Le quart de ces jeunes est issu de familles modestes. Ils vivent pour la majorité dans des quartiers ou villes de plus de 100000 habitants.

5.2.2 Les comportements de consommation par substance et profils associés des 15-25 ans

Dans notre échantillon, parmi les jeunes buveurs, plus de la moitié des 15-25 ans (53%) ont déclaré consommer au moins 6 verres d'alcool en une occasion au cours de leur vie et 32% déclarent une API au moins une fois par mois et la proportion est plus importante chez les majeurs 18 ans que chez les mineurs. Par ailleurs, à partir de cet âge, les garçons sont plus nombreux à s'adonner à ce type de comportement à risque. L'échantillon compte près de 29% de fumeurs dont 19,8% sont âgés entre 15-17 ans, et 31,4% sont âgés entre 18-25 ans.

La proportion est significativement plus importante après 18 ans et il n'y a pas de différences significatives entre les garçons et les filles. Parmi les 15-17 ans, 12,6% sont des fumeurs pas ou peu dépendants contre 7,2% moyennement ou fortement dépendants et il n'y a pas de différence selon le sexe. Chez les 18-25 ans, 22,5% sont des fumeurs pas ou peu dépendants avec une proportion plus marquée chez les garçons. En ce qui concerne l'usage du cannabis, parmi les 15-25 ans de notre échantillon, seulement 2,4% sont des consommateurs réguliers et sans différence selon le genre. Quelques 27,5% de jeunes âgés de 18 ans et plus ont déjà expérimenté le cannabis avec une proportion plus importante chez les garçons.

5.2.3 Les déterminants psychosociaux

Parmi les buveurs réguliers de notre échantillon des 15-25 ans, un peu plus de la moitié (56,9%) de ces jeunes pensent que diminuer le nombre de verres qu'ils boivent en une soirée entre amis, au cours des 30 prochains jours, serait une bonne chose, avec une proportion plus importante chez les garçons (odds ratio (OR) = 3,53). Il apparaît également un lien significatif avec l'âge. En effet, c'est à partir de 18 ans, à l'âge adulte que cette prise de conscience est plus marquée, d'ailleurs la consommation a tendance à se stabiliser (OR= 3,06 identique pour les deux tranches d'âge, 18-21 ans et 22-25 ans).

À l'inverse, du côté des jeunes de 15-25 ans, buveurs de 6 verres en une occasion, comparé aux buveurs réguliers, ils sont deux fois moins à penser que, diminuer le nombre de verres au cours d'une soirée entre amis, au cours des 30 prochains jours, serait une bonne chose, quel que soit le genre. Ce comportement à risque semble avoir un lien avec l'âge. En effet, les mineurs sont plus favorables à une diminution du nombre de verres bus en une occasion que les jeunes adultes. La situation reste identique chez les majeurs mais avec une prévalence plus importante chez les garçons que chez les filles (OR= 3,68 vs OR= 3,34).

S'agissant du tabac, quel que soit l'âge et le sexe, le comportement reste le même. Les 15-25 ans pensent qu'arrêter de fumer au cours des 30 prochains jours est le comportement à adopter mais ils continuent à fumer. Enfin, pour les consommateurs réguliers de cannabis, ils pensent aussi dans leur majorité (68,5%) qu'une diminution de leur consommation au cours des 30 prochains jours, serait une bonne chose pour eux et sans distinction de sexe. La prévalence de la consommation régulière est plus élevée chez les jeunes adultes issus des milieux sociaux les moins favorisés. En revanche, en ce qui concerne les non-consommateurs, et quelle que soit la substance, les souhaits sont identiques, ils veulent dans la majorité, rester non-fumeur de tabac, non consommateur de cannabis et non buveur d'alcool sans distinction de sexe ou d'âge.

Tableau 5 : L'influence des normes parentales chez les consommateurs et non-consommateurs d'alcool

	Buveurs réguliers			Buveurs de 6 verres en une occasion			Non-buveurs		
Régression logistique									
	Un homme	Une femme	Total	Un homme	Une femme	Total	Un homme	Une femme	Total
Total	35	28	63	163	337	500	77	151	228
Sexe Fem vs Hom	3,53*		3,50	3,68*	3,34				
Age 18-21 vs 15-17 22-25 vs 15-17	3,06 3,06	3,06 3,06		3,65** 3,68**		3,57	ns	ns	
CSP chef de famille CSP+ vs Inactifs CSP- vs Inactifs	ns ns	ns ns		ns ns	ns ns		ns ns	ns ns	
Habitat Urbain vs rural	ns	ns		ns	ns		ns	ns	
Influence parentale				4,55	3,70				
Influence des pairs				3,18***	2,92***				

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001

Source : enquête Tracking : données BVA, 2014

5.3 Les comportements parentaux

5.3.1 La norme parentale subjective perçue par les 15-25 ans

Près de 58,4% des 15-25 ans estiment que s'ils diminuent leur nombre de verres au cours d'une même soirée entre amis, leurs parents les approuveront davantage. Ce pourcentage diminue fortement (36%) si l'appréciation est faite par les pairs.

Le détail de ces deux derniers résultats nous montre une différence selon les tranches d'âge et selon le sexe (tableau 5) : chez les 15-17 ans, les garçons sont plus nombreux (OR= 4,55) que les filles (OR=3,70) à penser que, les parents approuveront s'ils diminuent au cours des 30 prochains jours, le nombre de verres qu'ils boivent en une occasion au cours d'une même soirée entre amis. Dans cette même tranche d'âge, si l'appréciation est faite par les amis, non seulement le résultat s'inverse mais il devient plus faible. En effet, les filles semblent être plus sensibles à l'opinion des pairs que les garçons (OR=2,92 pour les filles vs OR= 3,18 pour les garçons). Pour les jeunes adultes (18-25 ans), quel que soit le genre, ils semblent suivre cette même tendance, l'influence des pairs apparaît comme un déterminant important dans l'explication d'usages à risque d'alcool. Ces résultats semblent également montrer que l'influence parentale est plus déterminante chez les mineurs que les jeunes adultes.

S'agissant des fumeurs de tabac, seulement 6% de jeunes de 15-25 ans déclarent que les personnes qui comptent pour eux vont les désapprouver s'ils arrêtent de fumer au cours des 30 prochains jours. Contrairement à l'alcool (API), les appréciations faites sur le tabac par les parents et les amis restent identiques. Nous ne notons, par ailleurs aucune différence significative en termes de sexe. Enfin, un peu plus de la moitié (57%) des consommateurs réguliers de cannabis déclarent que les parents approuveront s'ils diminuent leur consommation au cours des 30 prochains jours. Cette proportion est 4 fois plus faible du côté des amis (57% vs 14%).

En revanche, pour les non-consommateurs d'alcool, de tabac et de cannabis, pratiquement les appréciations faites par les parents comme les amis sont pratiquement identiques. Ils sont tous favorables à une abstinence à hauteur de 90%.

5.3.2 L'interdit parental (déclaré par le jeune)

Nous rappelons que le Tracking permet uniquement de se prononcer sur l'interdit et les risques liés à l'usage du cannabis, mais pas sur l'alcool et le tabac. Globalement, un peu plus de la moitié (54,6%) des 15-25 ans de notre échantillon déclare que leur famille interdit « *toujours ou presque* » la consommation de drogue comme par exemple le cannabis, (tableau 6).

Tableau 6 : L'influence des normes parentales chez les consommateurs réguliers et non-consommateurs de cannabis

	Consommateurs réguliers de cannabis			Non-consommateurs		
Régression logistique						
	Un homme	Une femme	Total	Un homme	Une femme	Total
Total	13	24	37	239	498	737
Sexe Fem vs Hom				4,65	4,65	4,65
Age 18-21 vs 15-17	3,50*	3,28	3,32	4,57	4,60	4,66
22-25 vs 15-17	3,50*	3,28	3,32	4,73*	4,65	4,68
CSP chef de famille CSP+ vs Inactifs	ns	ns		ns	ns	
CSP- vs Inactifs	ns	ns		ns	ns	
Habitat Urbain vs rural	3,4**	3,8**				
Influence parentale	4,12	4,14*	2,1	4,80	4,78**	4,79
Influence des pairs	3,43	3,75*	3,57	4,46	4,58**	4,52
Interdit parental	3,37	3,37		3,37	3,37	

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001

Source : enquête Tracking : données BVA, 2014

Les résultats détaillés montrent que les 15-17 ans (tableau 7) usagers réguliers de cannabis reconnaissent tous cette interdiction de la part de la famille. Chez les 18-21 ans (tableau 8) usager régulier, la proportion de jeune qui déclare cette interdiction venant de la famille n'est seulement de 28,5%, pourcentage faible comparé à celui des mineurs. La proportion de jeunes adultes âgés de 22-25 ans (tableau 9) usagers réguliers ne confirme pas cela car elle est plus élevée (57,9% vs 28,5%).

En outre, les 15-25 ans de notre échantillon reconnaissent parler « *toujours ou presque* » avec les parents (père ou mère) des sujets relatifs aux risques liés à l'usage de drogue comme le cannabis. Mais dans cet échange, contrairement aux filles, les garçons se déclarent largement plus favorables à une discussion avec la mère plutôt qu'avec le père (OR= 19,7 vs OR= 7,6). Les résultats détaillés montrent également un lien significatif avec le genre : chez les 15-17 ans, les garçons déclarent aussi, être plus favorables à une discussion avec la mère (OR= 10,6). En revanche, du côté des jeunes adultes (18-25) ans, usagers réguliers même si leur nombre est relativement faible (37 personnes) la discussion existe également et elle est faite aussi avec la mère et sans différence significative selon le sexe. Les non-expérimentateurs âgés de 15-25 ans, déclarent également que la discussion est plus facile avec la mère que le père.

Tableau 7 : Discussion des risques liés à l'usage de cannabis chez les 15-17 ans

	15-17 ans				
	Avec ma mère je parle des risques liés à la consommation de drogue comme le cannabis	Avec mon père je parle des risques liés à la consommation de drogue comme le cannabis	Notre famille interdit la consommation de drogue comme le cannabis	Je pense qu'être non consommateur de drogue comme le cannabis est une bonne chose pour moi	Je pense que diminuer ma consommation de drogue comme le cannabis est une bonne chose pour moi
Non expérimentateur					
Homme	3,2*	1,4*	5,5**	4,91**	-
Femme	1,1*	0,8**	2,3*	4,93*	-
Base A tous	2,1	1,1	3,8	4,92	-
Usager régulier					
Homme	10,6***	6,4***	10,6***	-	3,92*
Femme	-	-	-	-	3,94*
Base A tous	6,6	6,0	6,6	-	3,93

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001

Source : enquête Tracking : données BVA, 2014

Tableau 8 : Discussion des risques liés à l'usage de cannabis chez les 18-21 ans

	18-21 ans				
	Avec ma mère je parle des risques liés à la consommation de drogue comme le cannabis	Avec mon père je parle des risques liés à la consommation de drogue comme le cannabis	Notre famille interdit la consommation de drogue comme le cannabis	Je pense qu'être non consommateur de drogue comme le cannabis est une bonne chose pour moi	Je pense que diminuer ma consommation de drogue comme le cannabis est une bonne chose pour moi
Non expérimentateur					
Homme	2,0*	1,5*	4,9**	4,64**	-
Femme	2,2*	1,6**	4,3*	4,70**	-
Base A tous	2,1*	1,6**	4,6*	4,67**	-
Usager régulier					
Homme	6,3***	4,0***	4,8***	-	3,92*
Femme	7,9***	1,5*	2,2*	-	3,94*
Base A tous	6,9***	3,1**	3,8**	-	3,93*

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001

Source : enquête Tracking : données BVA, 2014

Tableau 9 : Discussion des risques liés à l'usage de cannabis chez les 22-25 ans

	22-25 ans				
	Avec ma mère je parle des risques liés à la consommation de drogue comme le cannabis	Avec mon père je parle des risques liés à la consommation de drogue comme le cannabis	Notre famille interdit la consommation de drogue comme le cannabis	Je pense qu'être non consommateur de drogue comme le cannabis est une bonne chose pour moi	Je pense que diminuer ma consommation de drogue comme le cannabis est une bonne chose pour moi
Non expérimentateur					
Homme	2,0*	1,7*	3,8**	4,73**	
Femme	1,6*	1,3**	4,1*	4,74**	
Base A tous	1,8*	1,5**	3,9**	4,73**	
Usager régulier					
Homme	6,5***		10,7***		3,92*
Femme	5,6***	1,3*	14,5***		3,94*
Base A tous	6,2***	0,5*	12,1***		3,93*

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001

Source : enquête Tracking : données BVA, 2014

6 Discussion

Notre échantillon présente des caractéristiques semblables à celle de la population générale des 15-25 ans en termes sociodémographiques. En revanche, en termes de consommations de substances psychoactives et d'usages à risque, les comportements ne sont pas identiques. En effet, comparativement aux résultats des enquêtes publiées récemment par ces auteurs (Palle et al., 2015⁶⁵ ; Guignard et al., 2015⁶⁶ ; Beck et al., 2015⁶⁷), et couvrant cette même tranche d'âge, les répondants présentent des niveaux d'usage plus faibles qu'en population générale, surtout pour les consommateurs réguliers d'alcool (API) et de cannabis, mais les différences ne sont pas trop importantes.

Ces différences peuvent s'expliquer en partie par la faible proportion de répondants qui déclarent avoir vécues des expériences d'API fréquentes et aussi être des consommateurs réguliers de cannabis. Ils représentent respectivement à peine 6% et 2% de notre échantillon des 15-25 ans.

Nous rappelons que notre objectif principal dans ce travail consiste essentiellement à analyser les facteurs associés à l'abstinence ou à la consommation de substances si c'est l'effet inefficace des lois ou de l'absence d'une discussion de manière récurrente au sein des familles des dangers liés à leur usage.

Concernant les 15-25 ans, non-consommateurs, la variable psychosociale considérée (la norme parentale) contribue de manière significative (OR = 4,79 vs OR = 2,1 pour les consommateurs réguliers de cannabis) à expliquer le comportement de santé (rester non-consommateur de cannabis) adopté par ces derniers. La présence d'une interdiction familiale des drogues comme le cannabis participe également dans l'explication d'une moindre prévalence de l'usage de ce type de produit chez les plus jeunes. D'ailleurs, les résultats montrent clairement que les niveaux de prévalence sont plus faibles chez les mineurs vivant dans une famille où l'usage de drogue est interdit. La discussion des dangers et risques liés à l'usage de cette substance a également un effet positif sur les non-consommateurs. En outre, l'âge apparaît également comme une variable déterminante dans la mesure où l'intention de rester non-consommateur est plus faible chez les mineurs que chez les jeunes adultes.

⁶⁵ La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions. 2015.32.6 p/ <http://www.inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>

⁶⁶ La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes : <http://www.inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf>

⁶⁷ Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxfbv4.pdf>

De façon générale, plus l'individu est âgé, plus l'intention de rester non-consommateur augmente. Nous retrouvons cette même conclusion dans l'étude réalisée par Du Roscoät et al., (2015). Ainsi, suivant ces enseignements, il apparaît nécessaire de renforcer ou de maintenir ces croyances (la famille interdit et discute des dangers des drogues) à travers des programmes de renforcement familial ou de soutien parental qui pourront permettre, d'un côté, aux parents d'acquérir des compétences parentales et éducatives pour mieux parler avec les enfants de manière récurrente des dangers des drogues, et de l'autre, aux enfants d'améliorer leur estime de soi en les responsabilisant pour se protéger de la pression sociale des pairs consommateurs sachant que cette substance se consomme le plus souvent entre pairs. Pour communiquer en direction des non-consommateurs, il semble également utile de s'appuyer sur les attitudes positives, c'est-à-dire les croyances selon lesquelles l'abstinence aurait pour eux des bénéfices en termes santé et de bien-être.

Enfin, dans la mise en place d'actions de prévention efficaces, il nous paraît judicieux d'axer les efforts de prévention sur les non-consommateurs les plus jeunes car ils sont pratiquement plus nombreux que les aînés à expérimenter ou à consommer ces substances. D'ailleurs, ces études (Guignard et al., 2015 ; Beck et al., 2015) s'accordent sur le fait que le niveau de prévalence de ces substances (tabac et cannabis) a tendance à diminuer avec l'âge.

Concernant les 15-25 ans, déjà consommateurs de substances, la norme parentale semble uniquement jouer dans l'intention de diminuer les expériences d'alcoolisations ponctuelles importantes au cours d'une même soirée entre amis. Ici, il semble également important d'identifier toutes les croyances qui peuvent conduire à la diminution de ce comportement à risque.

Le facteur prédominant sur lequel il faut agir en premier lieu est le nombre de soirées car c'est au cours de ces moments de fête que les plus jeunes s'adonnent le plus à cette pratique. Il faudrait également, comme le cannabis, jouer sur la résistance des pairs, pratiquement ces deux substances (alcool (API) et le cannabis) présentent les mêmes modes de consommations chez les plus jeunes, toujours entre pairs et tout comportement déviant est puni par les autres membres du groupe. Ces faits suggèrent aussi de travailler avec les plus jeunes sur l'affirmation de soi, l'estime de soi pour pouvoir résister aux pairs consommateurs abusifs.

Enfin, chez les non-consommateurs comme les consommateurs de cannabis et d'alcool (API), les efforts visant la prévention de l'expérimentation ou la diminution voire l'arrêt de l'usage, devraient être axés prioritairement sur le renforcement ou l'amélioration des compétences parentales pour permettre aux parents de mieux éduquer les enfants au sein de la famille, ainsi que sur la résistance à la pression sociale des pairs usagers en dehors de la cellule familiale. Pour mener une campagne de prévention et de communication efficace, il semble nécessaire de tenir compte de ces faits.

À notre avis, toutes ces croyances ou compétences pourraient s'acquérir à partir des programmes de soutien à la parentalité, d'éducation parentale ou de parentalité positive. Fort heureusement, ces programmes sont devenus aujourd'hui, une réalité dans le monde entier et font l'objet d'une demande croissante de la part des États (rapport centre d'analyse stratégique, 2012)⁶⁸ et des familles, surtout celles en difficulté.

Bien que les normes parentales aient un impact plus important sur les mineurs, nos résultats ne conduisent toutefois pas à ignorer les autres classes d'âge. Une vigilance parentale mérite notamment d'être portée sur les 18-25 ans, même s'ils sont moins nombreux à déclarer une diminution de leur intention de consommer d'alcool (API) au cours des soirées. Les dispositifs de prévention devraient également être renforcés en amont dans ces milieux de fête sachant que les comportements à risque (API) y sont plus fréquents. Un autre résultat saillant a aussi été constaté chez ces jeunes adultes. Il s'agit du tabagisme quotidien.

Nous savons à partir des enquêtes épidémiologiques (Espad, Escapad...) publiées périodiquement, que ce comportement est devenu une porte d'entrée de l'usage du cannabis. En ce sens, une lutte contre le tabagisme quotidien est nécessaire et toutes les actions de prévention prises à son encontre permettront de lutter à termes contre l'usage du cannabis. Ainsi, communiquer en direction des jeunes adultes qui adoptent ce comportement exerce un double effet : un effet immédiat sur les consommateurs réguliers de tabac et un effet anticipé sur ces mêmes consommateurs qui sont potentiellement des futurs fumeurs de cannabis.

⁶⁸ Centre d'analyse stratégique : Aider les parents à être parents : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000489.pdf>

Enfin, pour communiquer en direction des consommateurs réguliers, le seul axe qui pourrait soutenir nos données consiste à travailler sur les compétences parentales, surtout chez les parents à revenu modeste. Ainsi, cette action de prévention nous permettrait à la fois de renforcer ou d'améliorer les capacités éducatives des parents mais aussi sur les enfants en renforçant certaines croyances spécifiques comme la diminution de leur consommation aurait pour eux des conséquences positives.

À ce titre, un travail d'identification des croyances les plus saillantes concernant les avantages et les désavantages perçus vis-à-vis d'une consommation régulière, par exemple du cannabis, méritent d'être conduits afin de déterminer les contenus des messages les plus adaptés en termes de communication ciblée. Il n'est d'ailleurs pas exclu que les croyances soient différentes selon le genre. Enfin, les canaux de diffusion de ces messages doivent être pensés pour adresser ces messages aux jeunes adultes issus de milieux sociaux les moins favorisés (lycées professionnels, quartiers modestes...), ces derniers ayant un niveau de prévalence plus élevé.

7 Conclusion

En premier lieu, nos données suggèrent d'orienter les efforts de prévention chez les jeunes à travers des programmes de renforcement familial et de soutien parental qui ont déjà montré leur efficacité, surtout dans les pays anglo-saxons, en matière de réduction ou d'arrêt des consommations de substances psychoactives mais aussi de comportement de délinquance. La France devrait s'appuyer sur ces leviers pour instaurer une politique de prévention efficace envers une catégorie de population bien ciblée, même si nous admettons que ce genre de démarche peut soulever des réticences en raison d'une soi-disant stigmatisation de ces dernières. À notre avis, c'est seulement à partir de cette démarche que la France parviendrait à réduire le niveau de prévalence de l'usage du cannabis sans oublier le trafic et les violences chez les jeunes et surtout ceux qui vivent dans les quartiers les moins favorisés.

En second lieu, nous essayons d'apporter des éléments de réponses à nos questionnements posés au début de ce travail. Au regard de nos données, il semble que l'incarnation des lois dans les familles diffère selon les substances. Si nous prenons les substances comme le tabac et l'alcool, les familles ont tendance à observer une attitude neutre (ni contrôle, ni interdit) en raison de leur statut socio-culturel et de la tolérance correspondante dans la société Française. Ainsi, pratiquement toutes les politiques publiques en rapport avec ces substances apparaissent inefficaces car les parents n'interdisent pas à cause de la norme parentale qui prendrait le pas sur les législations publiques.

En revanche, il existe un effet paradoxal concernant le cannabis. La famille et l'autorité publique interdisent et punissent mais les jeunes français semblent ignorer tous ces freins à la consommation. Ainsi, nous avons du mal à situer les responsabilités. Nous ne pouvons pas rejeter uniquement la négligence sur le dos des parents car ils interdisent dans la plupart du temps l'usage de cette substance au sein de la famille, ni du côté de l'État car il a mis en place des législations, des réglementations pour contrôler l'usage, le trafic, la culture de cette substance. Ces ambiguïtés peuvent expliquer en partie la difficulté de la compréhension de l'usage de cette substance par les jeunes et soulèvent des interrogations sur l'efficacité des législations.

Au demeurant, nous reconnaissons que l'efficacité de toutes ces réglementations mérite d'être discutée et nous analysons les opinions des enfants sur les différentes législations. Certes, les jeunes, en général, manifestent des attentes très variées en fonction des substances mais ils se révèlent peu sensibles à la mise en garde vis-à-vis des risques sanitaires à long terme car ils les perçoivent comme trop lointains. Cela fait que les questions de lois sont reléguées au second rang dans la consommation récréative de toutes ces substances. À notre avis, les lois devraient faites pour renforcer l'autorité parentale sur les plus jeunes et c'est à partir de ce moment que la norme subjective pourrait avoir un impact positif dans l'intention de rester non-consommateur de ces substances. En revanche, chez les jeunes adultes, puisque la norme parentale n'a pas ou peu d'effet sur l'usage de ces substances, l'objectif principal des lois devrait être pensé pour plus éduquer mais non pour trop interdire ni trop sanctionner. Il s'agira dans ce cas, de privilégier toutes les actions qui visent à promouvoir l'éducation à la santé comme c'est le cas en Allemagne pour le cannabis qui met en avant l'aide avant la répression dans sa politique. Les questions sociales et sanitaires sont mises en avant et la répression vient après l'éducation à la santé, la prévention et le traitement.

Enfin, globalement, nos données confirment l'intérêt de mieux sensibiliser les jeunes et leurs parents aux risques associés à la précocité de l'usage et de tout faire pour retarder l'âge d'initiation ou d'arrêt à la consommation mais aussi de [re]travailler les compétences psychosociales chez les enfants. Ces enseignements ont d'ailleurs été cités dans la dernière expertise collective de l'Inserm (Inserm : expertise collective 2014). Cette façon de faire illustre également la vulnérabilité des plus jeunes face aux conduites addictives.

Chapitre 5

Les programmes de renforcement familial

1 Introduction

Selon l'enquête européenne ESPAD 2011⁶⁹, les adolescents français scolarisés, âgés de 15-16 ans se distinguent des autres pays européens en matière de consommation régulière de cannabis avec une prévalence largement supérieure à 15% (supérieure à la moyenne européenne qui est de 7%). Ils se positionnent aujourd'hui comme les premiers consommateurs de cannabis en Europe. Concernant les autres drogues illicites (amphétamines ou cocaïne ou crack ou ecstasy ou autres hallucinogènes ou héroïne ou GHB), les Français de 15-16 ans sont à la deuxième place au niveau européen en termes d'expérimentation. Globalement, les adolescents français se placent parmi les premiers consommateurs de produits illicites en Europe, (Du Roscoät et al., 2013). Dans le contexte d'une législation considérée comme la plus sévère⁷⁰ en Europe, la France est un des pays où l'usage du cannabis a atteint les niveaux les plus élevés chez les jeunes. De plus, les usages réguliers d'alcool et de tabac continuent à progresser chez les garçons comme chez les filles, mais ils sont plus marqués chez les garçons (Enquête ESCAPAD : Spilka ; Le Nézet ; Beck, 2014).

⁶⁹ Spilka S, Le Nezet O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and other Drugs : ESPAD 2011. Saint-Denis : OFDT, 2012, 17p.

⁷⁰ Ivana Obradovic, « Le cannabis en France, état des lieux et réponses publiques », la vie des idées.fr, Avril 2015.

Dans ce contexte, et face aux recommandations internationales et européennes⁷¹ relatives à l'efficacité de la prévention des conduites addictives, le gouvernement Français a mis en place le premier Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) 2013-2017⁷², à travers la Commission Interministérielle pour la Prévention des Conduites Addictives (CIPCA) pour identifier des stratégies et des programmes de prévention efficaces ou validés par des résultats scientifiques au niveau international en vue de les transposer en France. Ce plan gouvernemental constitue un enjeu majeur pour la santé publique des populations les plus exposés (les adolescents) afin de diminuer les conséquences sanitaires et les dommages sociaux et doit agir sur différents milieux de vie sociale (milieu scolaire, milieu familial, dans les communautés ou tout autre dispositif accueillant des adolescents) avec divers acteurs.

Parmi les objectifs visés dans ce chapitre se trouve notamment le repérage de programmes validés de référence internationale. Toutefois, notre objectif principal sera de faire une étude comparative des actions de prévention des conduites addictives entre la France avec celles conduites à l'international et en Europe.

Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité de ce travail de recherche, mais les différents outils développés permettraient aux professionnels de santé publique et autres acteurs de ce domaine d'avoir des programmes de référence internationale en vue de les transférer si possible car des réticences ont été notés en France dans plusieurs programmes à connotation anglo-saxonne et de l'adapter dans le contexte local comme indiqué dans les recommandations européennes. Un tel travail pourrait bien permettre aux différents acteurs de prévention en addictologie de s'appuyer sur des outils innovants pour lutter de manière efficace l'initiation précoce et/ou à l'arrêt de la consommation des substances psychoactives chez les adolescents.

⁷¹ Le plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (2000-2004) encourage fortement les États membres à prendre des mesures anticipatoires pour prévenir la consommation de drogues [...] et les problèmes sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie.

⁷² MILDECA, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, La Documentation française, 2013, 121 pages. Le plan gouvernemental peut être consulté sur le site internet de la MILDECA : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

NB : la MILDT est devenue la MILDECA à partir du 1er janvier 2014.

Méthodologie

- Stratégie de recherche

Nous signalons que tous les documents ainsi sélectionnés présentent des données d'évaluation collectées essentiellement dans des contextes anglo-saxons ; aucune des données présentées ne proviennent d'évaluations issues en France.

Pour ce faire, nous avons d'abord procédé en interrogeant la base de données NREPP⁷³ de l'agence SAMHSA (qui a pour mission de réduire l'impact des toxicomanies et des maladies mentales chez les Américains) de l'administration de la Santé des États-Unis en utilisant des mots clefs : *programs/programmes*, *evidence-based/données probantes*, *Prevention/promotion*. Trois cent vingt-neuf programmes différents selon les thématiques ont été publiés entre 2007 et 2014 dans 50 états, 7 territoires américains et dans 116 pays dont la France.

En ce qui nous concerne, une analyse thématique, nous a permis d'en retenir huit programmes *evidence-based* suivant notre cible (les adolescents), notre thématique (la prévention) et selon le type de prévention (universel, sélectif ou indiqué). En outre, trois parmi les huit programmes retenus sont en cours de déploiement en France et cette étude d'implantation sur le territoire national est gérée par l'Agence Nationale de Santé Publique (Santé Publique France)⁷⁴. Il s'agit des programmes, NFP, Triple P et SFP. L'ensemble de ces programmes fournissent des interventions en matière de drogues licites et illicites existants au niveau international. Tous ces programmes sont traduits dans 5 langues : allemand, chinois, espagnol, français, et néerlandais.

⁷³ Registre national des pratiques et des programmes fondés sur des données probantes (NREPP) de la SAMHSA et programmes interventionnels testés dans le cadre de la recherche (RTIP) du NCI, Juin 2014 : <http://www.nrepp.samhsa.gov/Index.aspx>

⁷⁴ Depuis le 1 mai 2016, INPES, INVES et EPRUS sont devenus Santé Publique France

Ensuite, le site du National Institute of Drug Abuse (NIDA) nous a permis d'approfondir les programmes en fonction du type de prévention souhaité (universel, sélectif ou indiqué). À ce propos, nous avons collecté nos informations sur deux revues Cochrane publiées en 2005⁷⁵ et 2006⁷⁶ et des documents de synthèse publiés entre 2001 et 2010 par des organismes internationaux reconnus et travaillant dans le domaine de la prévention de la consommation de produits psychoactifs (OMS, 2002⁷⁷ ; UNODC, 2010⁷⁸ ; NICE⁷⁹). De plus, les sites, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA)⁸⁰ et de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT)⁸¹ ont été consultés pour les comparaisons possibles au sein de l'Union Européenne.

Enfin, concernant la documentation française, plusieurs recommandations et rapports émanant de différentes institutions de santé publique, publiés sur les sites, de la MILDECA⁸² et de l'OFDT⁸³ (Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie), nous ont permis de se renseigner sur les données françaises disponibles et de leurs exploitations. Concernant les rapports, nous pouvons en citer ceux du Groupe Pompidou⁸⁴, de l'INSERM 2010⁸⁵ sur la santé des jeunes de 14 à 18 ans.

⁷⁵ Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon, A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 et 2006.

⁷⁶ Gates et coll., 2006 prevention for illicit drugs use.

⁷⁷ Hawks D, Scott K, McBride N, Jones P, Stockwell, T. (2002). Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in prevention: OMS.

⁷⁸ United Nations Office on Drugs and Crime. Compilation of evidence-based family skills training programs. UNODC (2010).

⁷⁹ National Institute for Health Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: NICE, 2008: 88p.

⁸⁰ <http://www.emcdda.europa.eu/>

⁸¹ https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_fr

⁸² www.drogues.gouv.fr

⁸³ www.ofdt.fr

⁸⁴ Groupe Pompidou : les facteurs de risques dans l'usage de drogues par les adolescents : résultats des enquêtes scolaires et utilisation par les politiques : Muscat et al., 2007
<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1288024&SecMode=1&DocId=1414188&Usage=2>

⁸⁵ INSERM, 2010 : réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM. Retrieved from <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Finalement, trois critères nous ont permis de faire une compilation des différents programmes à travers ces différentes sources interrogées. Il s'agit :

- a. Du type de prévention appliqué : universel, sélectif ou indiqué ;
- b. Les interventions visant les adolescents âgés de plus de 10 ans car la littérature est plus développée pour les drogues illicites ;
- c. Le caractère « *validé* » du programme et en même temps la disponibilité des données en vue de leur exploitation

Parallèlement à cela, nous nous sommes appuyé des études de ces auteurs (Du Roscoät et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013) publiées dans la revue *Santé Publique France* qui traitent respectivement, la consommation d'alcool, de tabac et des substances illicites chez les jeunes ; la consommation d'alcool uniquement et la dernière que sur le tabac. Les récentes études sur le cannabis faites par ces auteurs (Celda et al., 2016 ; Celda et al., 2018 ; Obradovic, 2016 ; Obradovic et Beck, 2017) nous ont permis d'analyser les législations américaines et européennes notamment en France sur la consommation et la banalisation du cannabis chez les adolescents.

À présent, faisons un survol de la définition de la prévention des addictions qui est un élément central en promotion de la santé dans le domaine de la santé publique et dont la rhétorique sur les approches présente une grande variété du langage mais qui tend à s'harmoniser en Europe grâce aux travaux de l'(OEDT) au sein du réseau d'observatoires nationaux (Reitox)⁸⁶. Ici, nous nous intéressons uniquement à la prévention des conduites addictives des populations à risque qui, du fait de leur situation socio-économique, sont particulièrement plus exposés aux risques d'abus de substances et de divers comportements qui en découlent.

2. Définition de la prévention des addictions

La prévention se distingue de la promotion de la santé physique, mentale et sociale, même si ces deux domaines ne sont particulièrement pas exempts de confusion, surtout dans la pratique. Le terme « *prévention* » vient du mot latin *praevenire* qui signifie « *prendre les devants, anticiper* ». Dans ce sens, elle permet d'anticiper les comportements de santé qui sont susceptibles d'entraîner des complications de santé physique ou mentale.

⁸⁶ Réseau européen d'information sur les toxicomanies.

Sans doute, c'est pour cela ces auteurs (Olievenstein et al., 2017) soulignent que la prévention des addictions s'intéresse essentiellement aux comportements, à la relation entre une personne et une substance dans un contexte social bien déterminé. Nous faisons exclusivement référence ici aux comportements de consommation de substances psychoactives, tout ce qui est dépendance à l'internet, sport, jeux vidéo... n'est pas pris en compte dans notre étude, à cause de leur documentation peu développée dans la littérature internationale et surtout française. Concernant les produits psychoactifs, la prévention vise à retarder ou à limiter l'initiation précoce et l'installation d'une consommation qui pourrait induire des risques pour soi et pour les autres. Selon ces auteurs (Buelga ; Musitu, 2006 ; Cassen ; Delile, 2008 ; Bellon-Champel ; Varescon, 2015), la prévention consiste à faire la promotion des facteurs de protection et la réduction des facteurs de risque des modèles de comportement problématiques.

Notre définition se focalise particulièrement chez les adolescents présentant des risques de consommation mais aussi aux personnes en charge de ces jeunes (parents, enseignants, éducateurs, professionnels de santé...). *In fine*, la prévention consiste à réduire les risques et les dommages occasionnés par les différents niveaux de consommation⁸⁷ à travers des stratégies souvent articulées en programmes adaptés à cet effet.

Jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, l'approche de la prévention qui prévalait a été celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui faisait la distinction entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire et se définissait en fonction du parcours de la pathologie des sujets. À partir des années 2000, le concept a une nouvelle terminologie plus précise et s'attache particulièrement aux groupes cibles, s'appuyant soit sur des modèles centrés sur l'éducation pour la santé ou sur la parentalité positive. Intéressons-nous maintenant à la rhétorique qui existe sur l'utilisation de la notion de prévention à l'international, dans le contexte européen et celui français.

⁸⁷ Selon l'OMS et le DSM-IV (La version 5 existe mais utilise le terme dépendance selon qu'elle soit légère, moyenne ou forte) les niveaux de consommation sont caractérisés comme suit : l'abus, l'usage nocif et la dépendance.

2.1 Approche internationale

La « nomenclature » réalisée par l’Institut de médecine de Chicago⁸⁸ pour caractériser tous les comportements nuisibles à la santé de l’individu, distingue la prévention universelle, sélective ou indiquée (*indicated*). Différents travaux d’origine anglo-saxonne, comme par exemple ceux de l’OFDT : (Carine Mutatayi, 2011) considèrent que cette nomenclature est mieux adaptée à la prévention des conduites addictives mais aussi à la prévention de la délinquance. Aujourd’hui, grâce à une évolution dans la connaissance des comportements de consommation de drogues, (OFDT, 2016)⁸⁹ la définition de la prévention universelle, sélective ou indiquée se base essentiellement sur des données épidémiologiques, sociologiques et étiologiques disponibles.

- a. La prévention universelle s’adresse à toute la population ou une partie de celle-ci par exemple les adolescents. Elle consiste à mettre en œuvre toutes les actions visant à attirer l’attention de ces derniers, face aux comportements à risque. De ce fait, des interventions peuvent avoir lieu, par exemple, dans les écoles, dans les communes à l’endroit des parents, des campagnes médiatiques afin de les sensibiliser.
- b. La prévention sélective, en revanche, vise une catégorie de personnes bien identifiées. Généralement, ces sujets présentent potentiellement des caractéristiques similaires aux addicts en matière de consommation de substances sans qu’ils soient dépendants. Ils peuvent être dans des conditions de vies sociales précaires, ou déjà en contact avec les substances illicites voire ils sont issus d’une famille qui a eu dans le passé des problèmes de dépendance. Dans ce sens, la probabilité de développer une addiction chez ces individus est importante du fait de la présence de ces facteurs de risque dans leur vie quotidienne ; les études empiriques de Legleye, (2011) sur « [...] *les inégalités sociales face aux usages de drogues* » en témoignent. En somme ce sont des sujets jugés vulnérables.

⁸⁸ Forum multidisciplinaire d’experts de santé publique de la région de Chicago collaborant à la résolution de problèmes scientifiques, éthiques, sociaux et économiques relevés dans le système de soins régional.

⁸⁹ OFDT, 2016: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsw9.pdf>

- c. La prévention indiquée, va finalement se focaliser sur des individus présentant des comportements à risque avérés mais qui ne répondent pas (ou pas encore) aux critères de diagnostic d'une dépendance. C'est en général, des sujets qui ont, par exemple, des consommations d'alcool jugés excessives. Des actions visant à réduire par exemple les API régulières ou la consommation régulière de cannabis chez les jeunes peuvent être menées.

Ces différents types de prévention présentent une « *frontière* » assez étroite car nous voyons nettement qu'on peut s'appuyer sur chacun d'eux pour établir des programmes de prévention de santé aux groupes ciblés. Il faudrait également noter que la prévention dite « *universelle* » s'inscrit dans une optique de santé publique, qui renvoie donc à l'idée de « *promotion de la santé* » en l'occurrence par exemple les grandes règles d'hygiène. Elle postule finalement une éducation à la santé permettant aux individus de développer des connaissances favorisant à une meilleure gestion de leur capital santé. En effet, cette gestion devrait être axée sur les habitudes d'alimentation et de consommation de substances nocives... En revanche, lorsque les risques constatés concernent une petite couche de la société, dans ce cas, la prévention dite « *sélective* » est privilégiée, par exemple les délinquants, les jeunes issus des milieux marginalisés ou d'origine immigrée...

Nous précisons dans la foulée que les stratégies de prévention sélective et indiquée semblent plus difficiles à mettre en œuvre, en raison de la difficulté de toucher les groupes ciblés (la notion de recrutement des populations ciblées), mais aussi, de la peur de se lancer dans un déni et/ou de stigmatisation de certaines catégories de la population dont les jeunes.

2.2 Approche européenne

Rappelons que l'Union européenne a mis en place une stratégie à long terme, pour la période 2007- 2013 un programme contre l'usage de drogues dénommé « *Prévenir la consommation de drogues et informer le public* » et à travers ces textes, le conseil de l'UE souhaite un recours et une harmonisation de la nomenclature prévention universelle, sélective ou indiquée pour tous les pays membres. À ce propos l'OEDT, à travers les critères employés au sein du réseau d'observatoires nationaux (Reitox), a adopté dans sa stratégie antidrogue 2005-2012 les mêmes notions de la prévention que celles utilisées dans le contexte international. Malgré ces directives européennes, cette définition n'est pas encore effective dans certains pays comme la France.

2.3 Approche nationale (France)

Contrairement aux pays anglo-saxons, l'approche préventive des conduites addictives en France, repose sur trois niveaux d'intervention différents sous les vocables de prévention primaire, secondaire et tertiaire. C'est la classification proposée par l'OMS depuis 1948 dans le but de désigner les moyens qui peuvent freiner le développement de pathologies à travers trois stades successifs d'intervention : l'évitement de l'apparition des pathologies, l'acte thérapeutique et la réduction des complications induites aux maladies contractées.

- a. **La prévention primaire** concerne essentiellement les sujets non consommateurs. Par conséquent, les actions à mener consistent à pousser ces derniers à rester dans l'abstinence ou de réduire l'apparition de nouveaux consommateurs. Les objectifs sont de fournir aux individus les informations utiles leur permettant de faire des choix adaptés pour leur santé.
- b. **La prévention secondaire** vise les consommateurs « *débutants* » afin qu'ils ne plongent pas dans une consommation abusive. Il faut donc mettre en place des stratégies visant à empêcher une consommation chronique qui tire vers la dépendance.
- c. **La prévention tertiaire** consiste à réduire la progression et les complications chez les sujets qui sont dans le stade de dépendance. Il peut aussi aider à lutter contre les rechutes des personnes qui ont entamées une phase de diminution voire l'arrêt de leur consommation et même, de réinsertion professionnelle et sociale, (Parquet, 1998).

Finalement, nous constatons que cette classification toujours utilisée en France, surtout par les experts de l'Inserm, montre une certaine acceptabilité limitée⁹⁰ car elle considère que toutes les populations ont la même vulnérabilité face aux comportements de risques. Elle se base aussi selon les stades de la maladie du sujet ou le « *parcours* » de consommation (de l'usage à la dépendance) de l'individu.

⁹⁰ OFDT, note n° 11, 2011 « cadres d'intervention de la prévention des usages de drogues. Approche européenne » <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcmr6.pdf>

De ce fait, cette définition ne prétend pas prendre en compte les spécificités des individus face à leurs comportements de risques addictifs, contrairement à celle proposée dans les pays anglo-saxons et scandinaves⁹¹, qui est plus utilisée à l'international et mieux adaptée à la complexité du champ des addictions du fait de la diversité des modes de consommation et surtout face à l'évolution du phénomène de l'usage des drogues et de sa pénétration dans la vie quotidienne. Suivant ces considérations, la note de l'OFDT⁹² estime que la nomenclature de la prévention adoptée par la France jusqu'à présent dans le champ des addictions est devenue caduque⁹³. En effet, la France devrait se référer plus à la définition admise à l'international pour pouvoir assurer une politique de prévention des conduites addictives cohérentes et efficaces. De plus, c'est avec cette approche qu'elle parviendrait à toucher les groupes ciblés ou prioritaires dans sa politique de prévention.

Cependant, devant ces faits évoqués précédemment, nous retenons dans notre travail, l'approche anglo-saxonne de la prévention. Dans cette approche, la prévention s'inscrit dans une démarche de proximité, prenant en compte les spécificités de chaque sujet. À ce propos, Peterson, (2014) parle de sous-groupes de consommateurs : les abstinents, les explorateurs et ceux à risque de tendre vers la dépendance. Les actions préventives deviennent dès lors opérationnelles et individualisées, et au plus près des besoins de chaque usager (adolescents, parents, professionnels...) et en fonction des sous-groupes.

3. Synthèse des actions de prévention des drogues à l'international, en Europe et en France

Les trois conventions⁹⁴ des Nations unies constituent le cadre juridique agréé pour protéger les populations et les sociétés de drogues. Elles définissent la réponse de la communauté internationale et permettent la flexibilité nécessaire aux pays pour mettre en œuvre des stratégies en matière de production, de trafic et de consommation adaptées aux contextes nationaux. Nous admettons que ces conventions n'ont pas permis de diminuer l'offre de drogue dans le monde alors qu'elles prétendaient être construites dans ce but et sont sans rapport avec la santé publique, du moins en ce qui concerne le cannabis.

⁹¹ Benec'h G, 2013, p.49 ; Bailly D, *Alcool, drogues chez les jeunes : agissons*, Odile Jacob, 2009, 285 pages, P.170-171.

⁹² Ibid. 22

⁹³ Ibid. 22

⁹⁴ Convention unique sur les stupéfiants de 1954 (amendée en 1972), la convention sur les substances psychotropes de 1971 et la convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Face à ces constats, les pays adoptent plusieurs stratégies dont les résultats ne sont pas souvent convaincants si nous regardons à la fois l'évolution des données épidémiologiques et les conséquences sanitaires et les dommages sociaux qui découlent de l'usage des drogues des adolescents, Peretti-Watel (2010). Même si les campagnes de prévention contre les usages et le trafic visent en apparence le développement et l'entretien d'un *capital santé* et ciblent explicitement les adolescents et les jeunes adultes qu'il s'agisse de les convaincre de rester dans l'abstinence (de ne pas fumer, de boire peu ou même de ne pas boire), ou de renoncer à l'initiation des drogues illicites, en revanche, dans la pratique, cet objectif de promotion de la santé des individus semble être dévié au profit d'intérêts économiques pour des raisons de recettes fiscales.

Ce sont deux approches contradictoires qui rendent floues et complexes les actions de prévention mises en place, et sont à comprendre en fonction des effets ou méfaits des orientations politiques admises par rapport aux différentes drogues dans chaque pays. Ces orientations politiques que nous traiterons dans la section suivante donnent lieu aujourd'hui à des débats controversés et soulèvent des questionnements éthiques puis sanitaires complexes.

Cette synthèse mettra en évidence le recours aux données probantes qui se fait en parallèle avec les programmes validés d'éducation et de soutien à la parentalité qui ont montré leur efficacité dans la lutte contre les comportements de consommation de substances psychoactives et de délinquance (Varescon, 2015 ; Orte et al., 2012 ; Doba et Nandrino, 2010 ; Buelga et Musitu, 2008). Ces pratiques innovantes constituent d'ailleurs la grande rupture entre la France et l'international.

3.1 Les actions de prévention à l'international (approche fondée sur des données probantes)

À l'international, surtout dans les pays anglo-saxons, pour parler d'une intervention en prévention, ils utilisent le plus souvent le terme « *program* » désignant un ensemble d'actions coordonnées en lien avec des approches théoriques⁹⁵. Et pour l'efficacité d'un programme, ils font recours au terme « *evidence based program* » qui renvoie littéralement en langue française par « *programme basé sur des données probantes* ». En pratique, ces interventions dites « *evidence-based* » sont généralement évaluées à partir des indicateurs comportementaux et ont ainsi montré la preuve d'effets bénéfiques sur les comportements de consommation de substances psychoactives et ces effets sont souvent perçus à court, moyen et long terme.

⁹⁵ Shankland et Lamboy, 2011.

À cet effet, l'ONU DC⁹⁶ a mis en place des indicateurs qui sont de qualité internationale pour la prévention des usages de drogues. De ce fait, contrairement aux pays francophones, les pays anglo-saxons ont tendance à banaliser cette méthode scientifique rigoureuse pour montrer l'efficacité des programmes de prévention des conduites addictives. Ces programmes conduits dans un pays permettent d'éliminer les actions de prévention inutiles et de renforcer celles qui ont démontré leur efficacité. Une compilation de quelques études tirées des revues de Cochrane⁹⁷ établit que les interventions préventives sont favorables au groupe d'action dans 38 à 40% des cas. En opposition, elles sont contre-productives dans 3 à 5% des cas. Et environ 58% des actions préventives n'ont pas un impact significatif sur le groupe d'intervention. Dans ce sens, il apparaît nécessaire de recourir aux données scientifiques au détriment d'une seule étude qualitative. Arwidson (2013) souligne à ce propos, la non-diffusion et l'arrêt même des programmes qui n'ont pas été validés par des résultats scientifiques car ils sont contre-productifs et sont responsables d'informations potentiellement nocives.

Ces pratiques innovantes, en rupture avec les anciennes actions de la prévention qui se limitaient souvent à fournir des prospectus ou des campagnes de communication non récurrentes pour sensibiliser les jeunes aux dangers des drogues et qui avaient pas ou peu d'effets sur les consommateurs potentiels, apparaissent plus prometteuses dans la mesure où elles permettent de toucher un plus grand cible (enfants, adolescents, les jeunes en errance, les jeunes sous la main de la justice...) dans des milieux de vie distincts (famille, école, communauté...) et des âges différentes. Différentes compétences peuvent être ainsi travaillées comme les compétences sociales (comportements prosociaux, stratégies d'ajustement...) ou les compétences cognitives (gestion des pensées négatives, raisonnement...). En outre, les interventions sont manualisées, duplicables et se réalisent avec des méthodes interactives et expérientielles⁹⁸ (mise en situation, jeux de rôle...) et agissent sur les facteurs à risque comme protecteurs et à plusieurs niveaux (compétences psychosociales des enfants, des parents, des enseignants).

⁹⁶ Rotherhood, A., Sumnall H., R. and the Prevention Standards Partnership (2011), *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*, EMCDDA Manuals n° 7, Luxembourg. Publication Office of the European Union.

http://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention

⁹⁷ Cette compilation recense notamment les programmes NFP, SFP est disponible sur le site internet de l'UNODC : www.unodc.org.

⁹⁸ Ibid. 28

Selon l'ONUDC (2013), dans cette perspective chaque dollar investi à la prévention, au moins dix peuvent être soustraits aux dépenses sociales futures et dans les domaines de la santé et du crime.

Concrètement, les évaluations faites dans le cadre du programme de soutien aux familles et à la parentalité *Strengthening Families Program* (SFP) ont permis de démontrer l'efficacité de ce dernier à plusieurs niveaux : réduction de la consommation et de l'initiation de substances psychoactives chez les jeunes et les parents, diminution des problèmes psychiques (trouble des conduites, dépression, anxiété...) et des problèmes de comportements (violence, délinquance), amélioration du climat et la communication familiale, amélioration et maintien dans le système scolaire des enfants issus de familles défavorisées, (Foxcroft et al., 2002) ou d'origine immigrée (Spath et al., 2002). Voyons maintenant si ces nouvelles initiatives sont conduites en Europe.

3.2 Les actions de prévention en Europe

Comparés aux américains, les pays d'Europe surtout francophones accusent un retard par rapport aux actions de prévention des conduites addictives basées sur des connaissances validées scientifiquement, (Faggiano et al., 2014). Ces auteurs soulignent également que le nombre de programmes européens qui ont fait leur preuve en matière d'efficacité est faible comparativement à ceux développés par les américains. Ils rajoutent que même si ces programmes existent, ils sont rarement évalués, par exemple pour l'Italie, parmi les 1575 programmes répertoriés en 2009, un seul a eu des preuves d'efficacité.

Pour pousser les pays d'Europe à ces pratiques innovantes, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)⁹⁹ dans son manuel n°7, a publié des Standards de qualité européens pour la prévention des usages de drogues « *European drug prevention quality standards* » (EDPQS) pour permettre à ses pays membres de mettre en place des programmes de prévention d'une manière efficace et cohérente en s'appuyant sur des réalités européennes et non sur les standards internationaux (ou USA). La raison est simple car avant il manquait en Europe une ligne directrice sur les modes de prévention scientifiquement validés. Les pays membres s'appuyaient principalement sur les standards internationaux et l'appliquaient aux contextes européens. Cette façon de faire pose un problème car les réalités en matière d'actions de réduction de la demande de drogues ne sont pas les mêmes, d'autant plus que le premier marché de drogues illicites se trouve aux USA.

⁹⁹ Rotherhood, A., Sumnall H., R. and the Prevention Standards Partnership (2011), *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*, EMCDDA Manuals n° 7, Luxembourg. Publication Office of the European Union.

Par ailleurs, l'UE a mis en place ces propres indicateurs dans un souci d'harmoniser et de développer des standards communs en matière de prévention des drogues dans tous les pays membres. Ces standards mettent en évidence la qualité des interventions de prévention, comme par exemple sur la formation des intervenants, l'intégration et promotion de la santé, la base de preuves scientifiques (données probantes), la cohérence interne des pratiques, la faisabilité et la viabilité du programme, l'adhésion à des principes éthiques ou la pertinence des actions pour bien cibler les populations en besoin de soins, d'aide, de prise en charge et d'accompagnement. Pour plus d'informations à ces indicateurs de qualité, vous pouvez se référer à l'encadré en dessous, (OFDT, 2011).

Le manuel présentant la totalité des standards est disponible gratuitement auprès de l'OEDT : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
Pour en savoir plus sur les standards de qualité, contacter le *Prevention Standards Partnership* et voir les matériels de soutien à l'adresse : <http://www.prevention-standards.eu>

3.3 Les actions de prévention en France

Avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, la France a fait le choix d'orienter sa politique vers les populations les plus exposés, pour des raisons sanitaires ou sociales, aux risques et aux dommages associés à l'usage des drogues. En effet, les risques, tant sur le plan sanitaire que social, auxquels sont exposés les jeunes, et en particulier les adolescents, notamment du fait de la précocité des usages, de la multiplicité des usages et des conduites addictives, doivent faire l'objet d'une vigilance particulière¹⁰⁰. En effet, non seulement la prévention des addictions à l'adolescence est primordiale mais elle doit s'inscrire dans une démarche d'éducation et de promotion de la santé pour mieux répondre à la complexité de cette problématique dont les exigences sont nombreuses et diverses.

Pourtant, aujourd'hui, sur le terrain, au regard des données épidémiologiques et des indicateurs internationaux de bonnes pratiques, (EMCDDA, 2013) il apparaît clairement que la politique française en matière de drogues est globalement lacunaire et inefficace. Plusieurs arguments peuvent justifier cela. D'une part, cette politique se caractérise par de multiples acteurs différents dont leurs résultats sont souvent contradictoires et peu cohérents à cause de choix de méthodologiques et de postures idéologiques différentes. Ce manque de cohérence de leurs micro actions souvent orientées sur l'information et sur les dangers des produits est principalement due à la méconnaissance des décisions prises au niveau central.

¹⁰⁰ MILDECA, 2013.

Il existe en France, un grand décalage entre les chercheurs qui produisent des données épidémiologiques et les acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé qui mettent en place les programmes. Il apparaît ainsi, la nécessité de décloisonner les actions prises au niveau national pour favoriser, à la fois la déclinaison territoriale de l'action publique et de sa mise en cohérence.

Les actions devraient ainsi partir des besoins locaux pour recouper avec celles prises au niveau national, et tout l'enjeu sur l'efficacité des actions de prévention se trouve sur leur cohérence. D'autre part, à notre avis, comparé aux pays anglo-saxons, le plus gros obstacle de la politique publique française se situe à son faible recours aux données scientifiques pour montrer l'efficacité d'une intervention ou d'un programme dans le champ des addictions. D'ailleurs, la majeure partie de la documentation scientifique existante dans la littérature a été rédigée en anglais. Ainsi le manque de bases de données scientifiques et l'absence d'évaluation des actions préventives en France justifient ce retard par rapport aux pays anglo-saxons (États-Unis, Royaume-Uni...). Par exemple, en France, selon la base de données Outil de suivi cartographique des activités régionales de santé (OSCARS), parmi « *les 352 interventions faites sur la prévention de l'alcool de 2004 à 2013, seulement 38% ont abouti sur des informations d'évaluation. De plus, ces informations portaient davantage d'un rapport d'activité que d'une évaluation scientifique* »¹⁰¹.

Toutefois, à travers le dernier plan gouvernemental, des efforts sont en train d'être faits afin de réduire ce retard avec les pays anglo-saxons en matière de prévention efficace des conduites addictives. La régionalisation¹⁰² ou la territorialisation actuelle des actions de la MILDECA en est une réponse mais elle doit être renforcée. Par exemple, dans une approche d'une politique de la ville, le plan a prévu d'intensifier les actions en direction des jeunes des quartiers qui sont en dehors du système scolaire, les jeunes en errance, les jeunes sans emploi et sans qualification (les NEET) en mettant en place des programmes à composantes multiples même si nous reconnaissons que les programmes existants sont souvent de courte durée et manquent d'évaluation. Les rares évaluations réalisées sont justes des enquêtes de satisfaction qui ne permettent pas de saisir l'efficacité réelle des actions entreprises.

¹⁰¹ Roehrig, 2013.

¹⁰² Ces politiques décloisonnées de la MILDECA sont assurées au niveau local par des chefs de projet qui doivent faire la connexion entre les décisions centrales et les besoins réels du territoire.

En outre, depuis le début des années 2000, la France a commencé à s'intéresser sur les programmes de soutien à la parentalité en vue de leur transposition au niveau national en tenant en compte les réalités et les contextes locaux. Par exemple, pour le programme américain SFP, des phases test satisfaisantes¹⁰³ ont été réalisées dans certaines villes de la Côte d'Azur mais à ce jour l'étude de faisabilité n'est pas encore résolue à cause de la réticence constatée chez certains professionnels comme le Collectif pas de zéro conduite. Ces derniers dénoncent le caractère normatif de ces programmes. Ils soulignent également que ces programmes importés risquent de freiner à termes l'esprit inventif des professionnels de ce secteur. Ainsi, ce manque de recours à ces pratiques innovantes peut expliquer en partie, l'échec de la politique française en matière d'usage de drogues des adolescents malgré qu'elle bénéficie d'un système de prévention et de soins dense et de bonne qualité (Delawarde et al., 2014).

Aussi, à travers ce plan, la France cherche à promouvoir le développement des compétences psychosociales et insiste davantage sur la prévention par les pairs car la pression sociale que subissent les adolescents se fait de plus en plus avec leurs semblables, donc il devient urgent de les aider à résister contre cette pression à travers des programmes adaptés à cet effet.

Parallèlement à ces initiatives innovantes, le gouvernement français se fixe comme objectif principal de changer radicalement les réponses moralisantes ou hygiéniques basées seulement sur de l'information sur les dangers des drogues et de l'interdit dont nous savons aujourd'hui qu'elles sont inefficaces en matière de prévention des conduites addictives. Dans ce sens, le gouvernement invite les adultes à avoir des approches bienveillantes et non punitives envers les jeunes pour pouvoir changer les comportements.

Cependant, parmi les actions propres à la France en matière de prévention des addictions des adolescents, nous pouvons citer les Consultations jeunes consommateurs (CJC), une ressource pour agir précocement et aider les familles et les jeunes. C'est un dispositif gratuit et anonyme qui est mis en place pour aider les adolescents et les jeunes adultes (12-25 ans) et leurs familles confrontées aux problématiques d'addiction. Malheureusement selon la Santé publique France, 87% des parents et 77% des adolescents ne connaissent pas ou n'ont jamais entendu parler des CJC (Santé publique France : dossier de presse, janvier 2015). Pour pallier à cette méconnaissance, l'État à travers la MILDECA a entrepris depuis cette date, une campagne de communication pour valoriser et faire connaître les CJC auprès du grand public, les professionnels de santé et les familles.

¹⁰³ Roehrig, 2013.

Enfin, nous pouvons retenir de cette synthèse que le problème des drogues est un phénomène national et international dont les réponses doivent être entreprises au niveau mondial. Cela nécessite des actions coordonnées, des partenariats qui s'inscrivent dans une démarche de réduction de l'offre et de la demande intérieure mais aussi de promotion de la santé des personnes et des sociétés. Les politiques sur les drogues ne s'arrêtent pas aux actions préventives des gouvernements, mais font également parties d'un système de lois, d'interdictions, de réglementations... D'ailleurs tout le débat controversé se situe aujourd'hui sur ces systèmes de lois. D'abord, certains dénoncent le caractère discriminatoire des politiques envers les produits (ou politique par substance). Par exemple, en France, la législation pénalise sévèrement l'usage, la détention et le trafic du cannabis d'un côté, et de l'autre, la législation sur l'alcool et le tabac apparaît plus souple même si *la vente d'alcool est interdite pour les moins de 18 ans et que l'emballage du paquet de cigarettes soit neutre aujourd'hui*. Or, ces deux substances causent plus de conséquences sanitaires et de dommages sociaux et sont responsables de plus de 100.000 décès évitables par an (OFDT, 2016). Ensuite, certains y voient comme une menace aux droits individuels, car l'objectif des politiques publiques semble seulement donner des répressions pénales quand uniquement le comportement de l'utilisateur nuit à la société. Enfin, d'autres arguments sont que les coûts sociaux et économiques semblent largement dépasser leurs bénéfices. L'évaluation économique du cannabis en France faite par Ben Lakhdar et Tanve (2013) peut justifier cela. Dans leur étude, ces auteurs soulignent que le coût de la mise en œuvre de la loi de 1970 est supérieur à son coût social du cannabis. Ces carences dans les stratégies législatives se ressentent pratiquement dans tous les pays d'Europe mais de façon plus marquée en France du fait que les adolescents français scolarisés âgés de 15 à 16 ans font partis des premiers consommateurs réguliers de cannabis en Europe (ESPAD, 2011).

Il nous semble ainsi intéressant de faire, dans ce cas, une analyse approfondie de la législation sur le cannabis en France pour mieux comprendre les causes de la hausse de l'usage de cette substance chez les adolescents. Nous tenterons de démontrer l'inefficacité de la politique de prohibition et de répression à travers l'émergence d'un marché criminel, le déplacement des politiques de santé vers la justice et le rapport coût/bénéfice d'une telle politique.

Nous souhaiterions tant faire des comparaisons internationales, mais il semble difficile de réaliser ce travail car les législations entre les pays se distinguent mais aussi les données disponibles ne reflètent pas souvent la réalité des usages de ce produit. Néanmoins nous faisons un bref survol des législations existantes aux États-Unis, en Europe, en France sur l'usage et la détention du cannabis. Actuellement, nous reconnaissons que la législation américaine est la plus évoluée dans le monde depuis que le gouvernement américain a autorisé les États la possibilité de légiférer sur la dépénalisation du cannabis.

4. Les législations sur le cannabis aux États-Unis, en Europe, en France

Aujourd'hui, pour lutter contre la même problématique de l'usage et la détention du cannabis, les États appliquent des solutions juridiques divergentes qui vont de la criminalisation à la prohibition sans oublier la décriminalisation. Et que chaque réponse juridique présente ses propres spécificités dont les effets perçus dans le pays appliqué peuvent paraître inefficaces comme c'est le cas en France car la prohibition ne semble pas un effet dissuasif sur le nombre de consommateurs jeunes (Ben Lakhdar et Tanve, 2013).

Les pistes de recherche sur les législations du cannabis nous conduisent à réfléchir sur deux points distincts : une criminalisation qui entraînerait une réduction non significative du nombre d'utilisateurs ou une décriminalisation qui pourrait favoriser une augmentation non significative du nombre de consommateurs. Les résultats observés ne nous permettent pas de trancher catégoriquement sur l'une ou l'autre. La légalisation récente (depuis 2015) de l'usage récréatif du cannabis dans l'État de Washington confirme notre difficulté de se positionner car les dernières études de ces auteurs (Cerdeira et al., 2016) indiquent une hausse du nombre de consommateurs jeunes. De telles propositions nous laissent perplexes quant à la législation la plus appropriée et interrogent sur la façon dont l'usage du cannabis à des fins non médicales pourrait être convenablement encadré sans que celui-ci cause beaucoup plus de dommages sociaux et de risques sanitaires. Néanmoins, nous reconnaissons que ces différentes législations obéissent à deux grands objectifs contradictoires : certains États ont tendance à favoriser l'offre de drogue pour des raisons économiques ou fiscales, pour d'autres, lutter contre l'offre de drogues pour des raisons éthiques puis sanitaires. La solution optimale serait d'appliquer une politique qui met en avant les logiques éthiques et sanitaires par rapport à la logique économique.

4.1 Les législations américaines sur le cannabis

Aux États-Unis, l'usage, le trafic, et la détention de cannabis sont interdits au niveau fédéral, mais depuis que le gouvernement a annoncé que les États ont désormais à leur niveau la possibilité de légiférer sur la dépénalisation de la marijuana, beaucoup ont commencé à prendre de fortes initiatives en ce qui concerne à la fois les usages à des fins médicaux et récréatifs, mais aussi du nombre de gramme autorisé pour la possession.

Ainsi, la plupart des États de la côte ouest ont d'abord commencé depuis les années 90 à légaliser l'usage thérapeutique puis, à partir de 2012, ils ont progressivement entamé une série de légalisation récréative pour les adultes associée du nombre de gramme autorisé pour la possession. Par exemple, la Californie a été le premier État à légaliser le cannabis médical depuis 1996 et la légalisation récréative prendra effet à partir du 1^{er} janvier 2018 autorisant la possession de 28 grammes d'herbes et 6 grammes de concentrés ; en Maine, la marijuana médicale y est légale depuis 1999 et la légalisation récréative en 2016 ; en Nevada, la marijuana médicale en 2000 et la légalisation récréative depuis le 8 novembre 2016. Cette logique a été majoritairement poursuivie dans la côte ouest.

D'autres États ont opté pour la dépénalisation, mais cette dépénalisation reste toujours modulable en fonction du nombre de gramme autorisé à la possession et le montant de l'amende appliqué. Par exemple, en Caroline du nord, au-delà de 14g, vous risquez 45 jours de détention assortis d'une amende de 1000 \$ alors qu'une possession de plus de 4,5kg la loi a prévu une réponse pénale plus sévère passible de 18 ans de prison et 100 000\$ d'amende. Cependant, dans le Rhode Island, une possession de 28g, le double de celle en Caroline du Nord, n'est passible que d'une amende de 150\$ même si à la suite de trois violations successives les sanctions prévues seront plus lourdes. En somme, à ce jour, neuf États américains autorisent l'usage récréatif contre 26 pour l'usage médical mais la politique prohibitionniste reste encore la plus dominante.

Cependant, face à ces observations et même si la légalisation récréative est limitée pour le moment chez les adultes, il apparaît intéressant de regarder les effets de cette légalisation récréative chez les adolescents américains. En se référant aux récentes études faites par ces auteurs (Cerde et al., 2018 ; 2016), il semble que cette légalisation a entraîné une hausse de la consommation chez ces derniers. En effet, dans l'État de Washington, depuis la légalisation en 2015, le niveau de la consommation des 13-14 ans et 15-16 ans aurait respectivement augmenté de 2% et 4%.

Une autre étude, plus récente faite par ces mêmes auteurs dans le Colorado sur 254 000 adolescents des mêmes tranches d'âges souligne une baisse de la perception négative du cannabis de 14% et de 16% depuis la légalisation.

Pourtant ces récents résultats ne permettent pas pour le moment de tirer des conclusions générales en faveur de la décriminalisation du cannabis car il n'est pas exclu de constater ailleurs des résultats qui contredisent la situation observée à Washington. Nous reconnaissons toute même que la politique américaine en matière de cannabis a fort évolué depuis le début des années 2000 avec des initiatives inédites¹⁰⁴ en l'encontre du droit international. Cet engouement observé dans certains états américains a sans doute poussé des pays d'Europe à repenser leur politique sur le cannabis. D'ailleurs, dans son dernier rapport, l'Observatoire européen des drogues et de toxicomanies a reconnu l'existence de ce débat au sein de l'Europe, mais reste sceptique à une légalisation du cannabis en Europe à la même allure qu'aux USA (OEDT, 2016).

4.2 Les législations en Europe sur le cannabis

En Europe, à ce jour, aucun pays n'a légalisé le cannabis et les législations sont différentes. Parmi eux, quatorze pays composant le groupe majoritaire dont la France, la consommation y est illégale. Dans ces pays, la détention et l'usage de cannabis sont considérés comme une infraction pénale. Cela ne signifie pas un emprisonnement automatique après interpellation, mais toute même, la personne risque une lourde sanction. Par exemple, à Chypre la sanction peut aller jusqu'à une perpétuité pour usage.

En revanche, douze autres pays ont dépénalisé. Le cannabis n'est pas toléré dans ces pays mais des amendes sont prévues. Dans ce groupe de pays, la législation allemande apparaît comme la plus laxiste malgré l'interdiction de détention. En effet, toutes les charges contre la possession de petites quantités (jusqu'à 6 grammes) dans la plupart des Länder et jusqu'à 15 g dans le Land de Berlin sont pratiquement abandonnées. Le grand changement de la politique allemande observé est que « *l'aide vient maintenant avant la répression* ». Les questions sociales et sanitaires sont mises en avant et la répression vient après l'éducation à la santé, la prévention et le traitement.

¹⁰⁴ Obradovic, 2015.

Par conséquent, dans le groupe minoritaire on retrouve le Pays-Bas et l'Espagne. Le régime espagnol et hollandais se distingue à leur tour des deux premiers régimes. Ces deux pays appliquent non seulement une législation tolérante mais encadrent la détention de cannabis. En outre, le cannabis y est considéré comme une drogue douce. Aux Pays-Bas, le principe de tolérance a depuis 2013 évolué pour aboutir aujourd'hui au concept du « coffee-shops fermé », des points de vente de cannabis autorisée par les municipalités qui sont réservés aux résidents néerlandais. Parallèlement au système de coffee-shops, la culture et la possession jusqu'à 5 g est autorisée et au-delà, la personne risque 1 à 5 ans de prison. En Espagne, l'usage personnel dans des lieux privés est autorisé et n'est pas considéré comme un délit.

Pour finir, force est de remarquer que la plupart des pays d'Europe n'incriminent pas directement l'usage de cannabis. Les seuls pays qui sanctionnent ce comportement de consommation sont la Belgique, dans un contexte d'usage collectif, et l'Espagne lorsque la consommation a lieu en public. Cette récurrence du débat sur le cannabis aux USA et en Europe a sans doute poussé la société civile française à tenir une marche pour la légalisation du cannabis dans plusieurs villes françaises le 13 mai 2017 dernier. Les marcheurs revendiquaient la dépénalisation de l'usage privé, l'expérimentation des cannabis Social Clubs et la délivrance en pharmacie sur perception médicale du cannabis. Malgré une prohibition sévère, la France comparée aux Pays-Bas, possède l'un des taux d'usagers de cannabis dans l'année les plus élevés d'Europe. Il est estimé à 8,4% contre 7% alors que la politique hollandaise est la plus tolérante (OEDT, 2016). Cet état de fait renforce l'idée selon laquelle la politique française en matière de cannabis est un échec et en plus elle coûte chère à l'Etat.

4.2.1 Analyse des méfaits de la prohibition française sur le cannabis

Nous rappelons que le rapport de Roques¹⁰⁵ soulignait déjà des incohérences de la politique française en matière de drogues en réprimant sévèrement le cannabis et adoptant une politique plus laxiste sur l'alcool et le tabac, sans doute pour des raisons plus fiscales que morales ou sanitaires. Or, comparé au cannabis, ces deux drogues licites provoquent plus de conséquences sanitaires et de dommages sociaux, sont responsables 60 fois plus de décès évitables par an (OFDT, 2016). En outre, nous savons que cette répression française n'a eu peu ou pas d'effets ni sur les jeunes usagers (Ben Lakhdar et Tanve, 2013) et ni sur les adultes (Obradovic et Beck, 2015).

¹⁰⁵ Roques, B., La dangerosité des drogues : rapports au secrétariat d'Etat à la santé, Editions Odile Jacob/La documentation française, Paris, 1999. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dt99.pdf>

Cette situation française remet en cause des législations en vigueur dans certains pays. Par exemple, les hollandais appliquent une législation plus tolérante que la France alors que les prévalences d'usage des jeunes français sont paradoxalement plus élevées. De telle contradiction laisse penser que les législations en vigueur ne suffisent pas à elles seules pour expliquer les dynamiques de consommations de cannabis des jeunes dans un pays. D'autant plus que l'usage de cannabis est une fonction décroissante avec l'âge (Obradovic et Beck, 2015).

En dépit de ces quelques considérations, nous tentons de pointer du doigt certaines incohérences de la prohibition française à travers son influence sur l'émergence d'un marché criminel, et le déplacement de la politique de santé vers la justice d'une telle politique. Comme perspective de ce travail, nous essayerons de montrer la difficulté de faire des prévisions en cas de changement de régime juridique.

4.2.2 L'émergence d'un marché criminel en France

Aujourd'hui, le marché du cannabis a fortement évolué en Europe à telle enseigne que l'économiste Jansen parle d'une « *avalanche verte* » sur le continent européen, remettant ainsi en cause la suprématie marocaine sur l'une des formes de cannabis qu'est la résine¹⁰⁶. Dans les années 80 à 90, la majorité de la production du cannabis se concentrait aux Pays-Bas, puis après les années 2000, la production se généralise partout en Europe. Les effets de la mondialisation, le développement des technologies de communication et l'internet ont sans doute contribué à faciliter la large diffusion de la culture de cette drogue illicite. Une autre explication serait de dire que ce marché devient de plus en plus lucratif avec des chiffres d'affaires colossaux et une demande qui ne cesse d'augmenter (OEDT, 2016).

Le marché français semble suivre ces tendances constatées en Europe et ailleurs en ce qui concerne la culture du cannabis, même si Ben Lakhdar et Weinberger (2011) soulignaient que ce marché est à son stade embryonnaire. Toutefois, en 2011, l'affaire de la Courneuve, une banlieue parisienne située à Saine-Saint Denis semble contredire ces derniers.

¹⁰⁶ Aujourd'hui, le cannabis sous forme de résine est plus consommé au profit de l'herbe dans le monde à cause de sa bonne qualité. D'autres variétés existent, sous forme de feuille, tige, médicament et d'huile. Actuellement, en Europe, une nouvelle forme d'herbe de cannabis commence à gagner de plus en plus des parts de marché du fait de sa teneur plus forte en THC par rapport à l'herbe traditionnelle, il s'agit de la sinsemilla. Désormais, elle occupe plus de 80% du marché local aux Pays-Bas et au Royaume-Uni alors qu'avant elle était à 40% (Weinberger, D., 2010).

Il s'agissait d'une découverte pour la première fois en France de quelques 700 plants de cannabis dans une plantation clandestine dite *indoor* (à l'intérieur) par les enquêteurs de l'Office central pour la répression de l'immigration irrégulière et de l'emploi des étrangers sans titre (OCRIEST) et de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCTRIS)¹⁰⁷. Cette usine à fabrication de cannabis pouvait produire plus de 100 kg par an de la *sinsemilla* pour un chiffre d'affaires estimé à plus de 400.000 euros et des profits importants grâce à la faiblesse des coûts de la main d'œuvre. Celle-ci était composée pour l'essentiel que de travailleurs immigrés clandestins d'origine sino-vietnamienne qui travaillaient dans ces plantations pour rembourser leur passage en Europe. Une situation inédite pour la France selon ces enquêteurs car elle ressemblait uniquement à une nouvelle forme d'esclavagisme. Même si c'est récent en France, un tel phénomène ne lui est pas singulier car il existait déjà aux Pays-Bas sous le nom de *cannabis factories*.

Il s'agit de groupes criminels organisés qui produisaient et exportaient de la *sinsemilla* en faisant travailler que des immigrés clandestins dans les plantations sachant que le coût de la main d'œuvre était très marginal par rapport aux profits tirés de la commercialisation de cet herbe. Probablement, c'est dans un souci d'expansion de leurs pratiques odieuses ou de délocalisation (depuis 2005, ces groupes criminels subissent des traques infernales de la police néerlandaise) qu'ils ont atterri en France. Cet état de fait questionne ainsi, la problématique de l'évolution de l'offre d'herbe en France dont ces groupes criminels promeuvent au détriment de la résine. *De facto*, l'affaire de la Courneuve marque le début d'un marché criminel de cannabis en France. En effet, l'évolution du marché français du cannabis en faveur de l'herbe se ressent aujourd'hui chez les consommateurs.

Selon ces auteurs, Ben Lakhdar et Weinberger (2011) le marché de l'herbe en France a augmenté de 45% entre 2007 et 2013. Cette évolution du marché de l'herbe en France est associée à une augmentation du taux de THC contenu dans certaines herbes comme la *Sinsemilla* de sorte que ces derniers pensent qu'il y a une transition en France du marché du cannabis au marché du THC. Parallèlement à cela, les saisies d'herbe en moins de trois ans, ont plus que doublé (55 000 en 2010 contre 140 000 en 2013). Ces chiffres prouvent que le marché du cannabis se situe à un niveau sans précédent.

¹⁰⁷ OCTRIS est responsable de la réponse répressive de la politique du cannabis en France, il est placé au cœur du renforcement de la répression du trafic illicite des stupéfiants depuis 2010. Il est rattaché à la Direction centrale de la police judiciaire (DCPJ) et possède différentes implantations extérieures, notamment sur le site aéroportuaire de Roissy-Charles-de-Gaulle. Son rôle est surtout de centraliser les renseignements, de procéder à des enquêtes sur tout le territoire national, de coordonner les enquêtes importantes et d'apporter de l'aide.

En revanche, depuis 2009 la résine suit une tendance baissière. Ces faits démontrent clairement que le marché de l'herbe en France est en forte progression, due en grande partie au développement des pratiques des groupes criminels lorsqu'ils sont présents dans un pays. Certaines manifestations comme les revendications récurrentes en faveur du statut légal du cannabis des associations ou même de la société civile font aussi parties des pratiques de ces organisations criminelles. Désormais, en France, les menaces allant du blanchissement de l'argent du cannabis jusqu'à la violence sont donc réelles. Les autorités françaises à l'instar des néerlandaises doivent prendre à bras le corps ce combat pour lutter efficacement contre ces groupes criminels organisés dont nous savons que leur prolifération n'entraîne que des dommages sociaux et de la violation des droits humains. En France, nous pouvons désormais dire qu'une criminalité est générée par la prohibition.

4.2.3 Le déplacement de la politique de santé vers la justice

Le cannabis est une substance classée comme stupéfiant¹⁰⁸ et sa consommation est interdite, selon la loi de 1970, dont les ordonnances sont intégrées dans le Code pénal et le Code de la santé publique. Cette loi a pour objectif principal de sanctionner sévèrement le trafic et l'usage des stupéfiants et d'assurer des soins gratuits et anonymes aux usagers qui sollicitent un traitement. Ce dernier point suscite aujourd'hui un débat controversé auprès de l'opinion publique car elle estime que la logique répressive prime sur la logique sanitaire. Or, elle devrait être l'inverse parce qu'à travers le Code de la santé publique, les États sont obligés de respecter et de protéger les individus (y compris les usagers de drogues) à jouir une bonne santé physique et mentale.

Dans une perspective sanitaire, des réponses alternatives à la répression de l'usage sont en effet, incluses dans cette loi depuis 2007 mais elles ne font malheureusement pas le poids par rapport à celles favorisant les sanctions financières et pénales. Ainsi, il semble évident de se demander si la prohibition n'incite pas plus les sanctions pénales et financières que les stratégies de promotion à la santé ?

Au regard de sa définition, nous pouvons penser à cela car elle stipule beaucoup de contrôle de l'offre et d'application de la loi et relativement peu de traitements et encore moins de promotion et de prévention à la santé. Il semble que c'est le cas en France, les sanctions pénales et financières sont plus fréquentes que les sanctions alternatives.

¹⁰⁸ Le système pénal français traite de la même façon la détention illicite de stupéfiants, quel que soit la substance concernée (cannabis, héroïne...). Dans la pratique, les réponses judiciaires varient en fonction de la nature des substances saisies.

En France, les chiffres sur les interpellations pour usage de cannabis sont en hausse depuis 1985¹⁰⁹ et occupent aujourd'hui 90% des infractions pour usage de stupéfiant depuis presque trente ans (OFDT, 2016). Cette hausse des interpellations d'environ de 30% en dix ans, (de 2003 à 2013) peut expliquer certes la diffusion et la disponibilité du cannabis en France, mais elle témoigne aussi le contrôle intense exercé par la police de l'usage de cannabis dans l'espace public. Probablement ce constat a poussé Faugeron et Kokoreff (2002) à évoquer l'existence d'une « police de cannabis » en France. Or, en principe, cette répression policière intensive devrait normalement diminuer la violence associée au trafic du cannabis, mais elle semble l'augmenter. Car elle a tendance à déplacer les dealers d'un territoire sur un autre où il existe déjà leurs concurrents et ceci va malheureusement causer des violences entre eux pour des raisons de part de marché.

Dans cette même dynamique, nous ressentons également au niveau judiciaire une hausse de 20% du nombre d'usagers condamnés pour ce type d'infractions entre 2009 et 2013. La part des condamnations liées aux stupéfiants dans le total des condamnations est en croissance continue, allant de 7,4% à 9,3% sur la période 2009-2013 (Kopp et al., 2016)¹¹⁰.

Dans la pratique, même si les sanctions pénales sont désormais systématisées¹¹¹ avec la généralisation des sanctions alternatives¹¹² ou les mesures dites de « troisième voie » (amendes, travail d'intérêt général, traitement, injonction thérapeutique...) pour les délits de faible gravité, elles sont peu considérées par les usagers. Par exemple, les usagers incarcérés évitent les services de santé et de traitement, par peur d'être stigmatisés. Dans le cadre des interpellations, aux États-Unis et ailleurs, les populations d'origine immigrées se sentent aussi stigmatisés. L'autre explication, plus fascinante sur les prisonniers de drogue est que, ces personnes incarcérées devraient être privées de drogue en prison, mais nous le savons tous que ce n'est pas le cas, car les drogues circulent malheureusement dans ces lieux.

¹⁰⁹ La part des différents produits dans les interpellations pour usage est disponible en France depuis 1985.

¹¹⁰ Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse
http://tnova.fr/system/contents/files/000/000/133/original/19122014_-_Cannabis_re%CC%81guler_le_marche%CC%81_pour_sortir_de_l'impasse_0.pdf?1432549163

¹¹¹ Une disposition qui a été récemment adoptée dans le plan gouvernemental 2008-2011 pour augmenter la pression pénale sur les trafiquants et les consommateurs de cannabis. Elle a également été reprise dans le dernier plan 2013-2013 en annonçant qu'une « surveillance particulière » serait exercée sur les canaux d'accès aux sites de vente de matériel destiné à la culture du cannabis.

¹¹² Ces sanctions alternatives ont été mises en place dans le but de diversifier et d'améliorer les réponses pénales mais aussi pour limiter les classements sans suite.

De plus, ces individus incarcérés sont parfois privés de soins et de traitements. Cela sous-entend que la prohibition découle d'un non-respect des droits des usagers de drogues (y compris ceux qui ont une addiction) et entrave les efforts pour protéger et promouvoir leur santé. Cette situation sur les prisonniers de drogues reste valable pour les usagers dépendants. En somme, les préoccupations de santé publique ont été rarement déterminantes dans les politiques publiques en matière de drogue. Elles se confondent souvent avec les préoccupations de sécurité publique (Bisiou, 2016).

Par ailleurs, nous savons que des sommes importantes sont dépensées au nom de la répression et le plus souvent les bénéfices tirés en recettes fiscales sont largement en deçà de ces sommes dépensées, ainsi ceci questionne l'efficacité d'une telle politique en termes de réduction du nombre de consommateurs jeunes et adultes, de recettes fiscales, de marché noir criminalisé. Par exemple, pour la diminution du nombre de consommateurs, les résultats sont encore flous. Des études ont montré que c'est dans les pays où le cannabis est toléré qu'on observe les niveaux de consommation les moins élevés autant chez les jeunes que les adultes par rapport aux pays qui appliquent une répression effective. L'exemple sur les niveaux d'usage chez les jeunes entre les Pays-Bas et la France peut justifier cela. En revanche, les récentes études de Cerda et al., (2018) dans l'État de Washington semblent souligner le contraire. En tout cas, pour la France, il apparaît clairement que cette politique répressive n'a pas d'effet sur le nombre de consommateurs jeunes¹¹³ conformément à l'enquête ESPAD (2011).

D'autres incohérences qui portent également sur le coût social de cette politique peuvent être signalées notamment en matière de bien-être collectif et de son impact sur les finances publiques. L'impact d'une politique publique sur le bien-être des populations semble difficile à mesurer car les effets attendus sont parfois longs mais aussi peu probables. Cette incertitude sur une éventuelle amélioration du niveau du bien-être des générations futures pousse le plus souvent les politiques à être moins sensibles à l'argument de l'utilité sociale par rapport à l'utilité économique (recettes fiscales). En effet, pour des raisons politiques ils privilégient des actions dont les résultats sont à effet immédiat dans l'équilibre du déficit public. Par exemple, cela pourrait être perçue comme une action positive de la part des individus sans qu'elle soit efficace (une action positive ne signifie pas forcément que l'action est efficace).

¹¹³ Ben Lakhdar et Tanvé, 2013.

L'absence d'une politique de prévention et de réduction des risques et dommages des populations les plus vulnérables par manque de volonté politique allant dans ce sens démontrent également cette insensibilité des politiques à l'approche sociale des drogues. Nous distinguons ici la réduction des risques à celle des dommages car la première est une approche prohibitionniste qui stipule que les risques sont là, nous devons apprendre à les gérer, pas à les réduire (une réduction des risques signifie une interdiction de certaines conduites).

En revanche, l'argument économique semble être favorisé mais paradoxalement, la prohibition française a un impact défavorablement sur les finances publiques en ce qui concerne les dépenses de soins, de prévention et de répression. D'ailleurs, toutes les études observées (Kopp et Fenoglio, 2011 ; Ben Lakhdar et Tanve, 2013 ; Kopp et al., 2016) soulignent clairement que l'équilibre budgétaire au sens large (budget de l'État et celui de la sécurité sociale) est touché négativement par les dépenses publiques de prévention et de répression. Dit autrement, le coût social du cannabis composé du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, perte de production)¹¹⁴ et du coût pour les finances publiques (les sommes dépensées en prévention, en répression et soin) est largement supérieur aux recettes fiscales espérées, d'ailleurs elles sont nulles¹¹⁵ en France pour le cannabis.

Toutes ces considérations nous poussent à dire que la politique française actuelle en matière de drogues est un échec et que les conséquences sociales outrepassent les bénéfiques. Elle gagnerait plus en efficacité si elle parvenait à trouver un équilibre entre les impératifs de santé publique et les droits individuels, c'est là, nous pensons, que se situe l'enjeu majeur. Les réformes de la politique allemande semblent aller dans ce sens. Il apparaît ainsi nécessaire, pour le cas de la France, de proposer d'autres alternatives de cette politique prohibitionniste pour essayer de combler des lacunes du régime actuel.

¹¹⁴ Ces paramètres sont tirés du rapport Quinet (2013) et fixent désormais un cadre strict de l'évaluation socioéconomique des politiques publiques en France. Ils donnent sens au calcul économique du coût social des drogues et permettent aux décideurs publics de faire sous contrainte de budget des choix de politique publique pour des raisons de santé publique ou de recettes fiscales. La raison sanitaire vise comme objectif principal l'amélioration du bien-être collectif, à contrario, la logique fiscale pousse des Etats à être moins sensibles aux politiques qui promeuvent la santé car les effets sont parfois longs à ressentir mais aussi peu probables sur les générations futures, Kopp (2015). De nos jours, les politiques sont plus sensibles par le déficit public que par le niveau du bien-être qui ne constitue un enjeu politique :

http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/cgsp_evaluation_socioeconomique_29072014.pdf

¹¹⁵ Kopp, 2015

5. Etat des connaissances des programmes de prévention des conduites addictives

L'identification des programmes de prévention efficace constitue, cependant, un volet essentiel pour toute politique publique préventive de santé surtout dans le domaine des addictions. Il s'agit de présenter quelques stratégies ou programmes pour la prévention de la consommation de substances psychoactives chez les adolescents. Dans une première étape, nous proposerons une grille de lecture des programmes validés dans la littérature scientifique au niveau international et en même temps, nous soulignerons leur évaluation (si celle-ci est disponible). Ensuite nous établirons une liste non exhaustive de programmes de prévention dans les milieux scolaires, familiales mais aussi dans les collectivités locales. Et enfin dans le même tableau, nous indiquerons le type de préventions choisies (universel ou sélectif) et les principaux résultats obtenus.

Globalement, tous ces programmes visent principalement deux objectifs principaux à savoir une éducation à la santé et une parentalité positive. D'ailleurs, ils sont fondés à partir de concepts théoriques solides qui promeuvent le développement des compétences psychosociales (CPS) des parents puis des adolescents. Les programmes en milieu scolaire validés ou efficaces sont les programmes qui visent le développement des CPS à la fois chez les adolescents et chez les familles (Du Roscoät et al., 2013).

En effet, le champ des CPS a fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques¹¹⁶. Les références scientifiques définies en fonction de cette approche documentent des programmes destinés aux élèves primaires et/ou secondaires, aux parents et à la fois aux élèves et aux parents dans divers milieux : milieu scolaire, milieu familial et dans les collectivités. Par exemple, les interventions concernant les élèves primaires tournent autour du renforcement des capacités individuelles de l'adolescent : l'estime de soi, la résistance de l'influence des amis, le renforcement des liens familiaux... Il s'agit de développer des stratégies par les professionnels et par les enseignants peut [être] avec les familles qui vont permettre aux enfants participants de ces programmes de pouvoir faire face aux défis de la vie quotidienne comme par exemple savoir prendre des décisions, savoir résoudre des problèmes (tels que le fait de vivre dans un environnement où la consommation de drogues est courante), savoir gérer ses émotions...

¹¹⁶ Dossier Inpes-Promouvoir les CPS chez les enfants et chez les jeunes (Arwidson, 2014).

Les programmes universels LST ou ALERT qui ont des effets positifs sur le retardement et l'initiation aux substances fondent leurs interventions à partir des CPS. Un autre socle théorique de ces programmes très proche des CPS, est la théorie de l'apprentissage social de Bandura (Bandura, 2004). Il apparaît comme une approche centrale des interventions auprès des familles et des enfants à « risque ». En France, le programme ciblé *Nurse-Family Program Partnership* (son adaptation en France sous le nom de *PANJO*) est destiné aux femmes primipares surtout celles qui sont en situation de « vulnérabilité » pour une intervention précoce. Il consistera à faire des visites à domicile avant et après l'accouchement afin d'avoir un environnement favorable à la naissance de l'enfant jusqu'à son dixième anniversaire pour faciliter la relation entre mère-enfant.

5.1 Les programmes de prévention efficace en milieu scolaire

Le milieu scolaire constitue un environnement idéal pour réaliser des interventions visant à retarder ou à diminuer à la fois le risque d'un usage précoce de substances et le risque de comportements délinquants futurs. Et le travail de prévention dans ce milieu ne doit essentiellement pas se limiter sur les produits psychoactifs, il doit permettre aux participants de développer des compétences sociales et personnelles qui tournent principalement sur l'affirmation et l'estime de soi. Une implication active des familles est souhaitée afin de continuer la discussion à la maison et les questions vont tourner sur comment résister à l'influence de ces amis ? Comment surmonter des difficultés ? Comment gérer ses émotions ? Comment se comporter avec son entourage ?

L'enseignement interactif, par exemple la discussion en groupe est souvent privilégiée dans ces interventions et il apparaît très efficace car il permet aux participants de ces programmes de se mettre en confiance en écoutant le « parcours » des autres personnes soumises à ce même type de programme ou l'intervention des « séniors » déjà guéri par ce type d'approche. Mais aussi, les résultats les plus prometteurs dans ce milieu semblent provenir des pays qui ont abordé la prévention scolaire d'une manière explicite avec une organisation exceptionnelle, (OEDT, 2002) (une forte logistique comme par exemple une formation des intervenants, un financement conséquent qui s'inscrit dans la durée et une évaluation des actions mis en place). En revanche, les actions de prévention peuvent être contre-productives ou inefficaces si elles sont mal menées (Arwidson, 2013) surtout si les interventions ne s'inscrivent pas dans la durée ou si elles sont faites par la police, ou dans les journées dites « non à la drogue » ; ceci pourrait même stimuler la curiosité des enfants à consommer ces substances.

De même le fait de donner des informations « fausses » ou « exagérées » sur les drogues illicites pourrait également être des actions contre-productives. Toutefois, il est généralement établi que les interventions réalisées dans ce milieu sont souvent bien articulées et permettent un meilleur contrôle de l'efficacité des actions entreprises, (OFDT : Carine Mutatayi, 2011). Par ailleurs, tous ces programmes ciblés (*SUCCESS, TND par exemple*) ou universels (*ALERT, LST par exemple*) sont conçus à la base pour prévenir les comportements délinquants des adolescents avant de se décliner par la suite à des programmes de prévention surtout dans le domaine des addictions.

Nous rappelons également que tous ces programmes sont à connotation anglo-saxonne surtout aux États-Unis. Cependant tous les états de l'Union européenne ont pratiquement développé une politique de prévention de la toxicomanie des élèves primaires et secondaires selon leur contexte local. À cet effet, le Conseil de l'UE pousse les pays membres à « *instaurer des programmes de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies dans tous les établissements scolaires [...]* » et à « *favoriser le développement de ces programmes en adaptant, le cas échéant, les ressources gouvernementales et les administrations concernées, afin de réaliser pleinement l'objectif fixé* ».

Certes les programmes existent dans l'Union mais peu de pays assurent un suivi rigoureux en termes de qualité du contenu de ces programmes. L'évaluation (quantitative) et la pérennisation sont souvent inexistantes surtout en France. Dans la littérature scientifique, tous ces programmes conduits en milieu scolaire ont montré leur efficacité dans les pays anglo-saxons à la suite des évaluations qui ont été faites à cet égard (Du Roscöat et al., 2013). Par exemple, le modèle *LST* a été mis en place aux États-Unis chez les enfants de 11-15 ans et les résultats ont montré une réduction de l'initiation au cannabis et à d'autres drogues dures, une amélioration des connaissances (prise de décision, résistance aux pairs...), retard de l'initiation pour le tabac et l'alcool. Les tableaux 10 et 11 ci-après retracent respectivement les interventions ciblées et universelles jugées « efficaces » en milieu scolaire.

Tableau 10 : Synthèse des programmes ciblés en milieu scolaire

Type de programme	Caractère du programme	Cible et Origine programme	A été implanté en France	Principaux résultats	Référence théorique
SUCCESS Schools Using Coordinated Community Efforts to Strengthen Students	Ciblé/ Programme de prévention pour la violence, destiné aux jeunes à risque élevé, issus généralement dans des familles d'origine immigrée, quartiers défavorisés ou à faible revenu.	Élèves âgés entre 14-18 ans États-Unis	Non	Une réduction de l'abus de substances de 37%. 23% des élèves ayant participé au programme ont cessé leur consommation, comparativement à 5% chez les non-participants Diminution des comportements antisociaux	Deux études d'évaluation ont été faites par le SAMHSA (voir le site : sascorp.org/school_hmt) Nous ne disposons pas des détails relatifs à ces études (où, quand, par qui ?)
TND Towards No Drug Abuse	Ciblé/ programme interactif de prévention contre la violence vise essentiellement l'apprentissage social des jeunes à risque. Mais aussi la diminution de fumer et le contrôle en soi.	Élèves âgés entre 14-19 ans États-Unis	Non	Une réduction significative de l'usage de drogues dures et d'alcool. Une réduction de la violence dans les écoles alternatives.	Une évaluation rigoureuse a été faite dans le sud de la Californie sur 2500 élèves par : Sussman et al., 1998 et Sussman et al., 2002

Source : (Du Roscoät et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013)

Tableau 11 : Synthèse des programmes universels en milieu scolaire

Type de programme	Caractère du programme	Cible et Origine programme	A été implanté en France	Principaux résultats	Référence théorique
ALERT	Universel/ Programme de prévention de la drogue en milieu scolaire, basé sur la théorie de l'apprentissage social, implanté dans les écoles secondaires	Élèves âgés entre 12-14 ans États-Unis	Non	Une réduction de moins de 24% de la consommation à risque d'alcool après un suivi de 18 mois et de 19% pour la consommation de cigarettes.	Faggiano et al., 2005 Ringwalt, 2002 NIDA, 2003 Ghosh-Dastidar et al., 2004
LST Life Skills Training	Universel/ programme de prévention de tabac, d'alcool et de marijuana en milieu scolaire pour une durée de 3ans, basé sur la théorie psychosociale et cognitive	Élèves âgés entre 14-19 ans États-Unis	Oui depuis 1995	Réduction de l'usage de cigarettes allant de 56 à 67% dès la première année d'intervention et sans cession supplémentaire et atteint 87% chez les élèves avec cession supplémentaire	Botvin et al., 1998 Botvin et al., 2001

Source : (Du Roscoät et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin., 2013)

5.2 Les programmes de prévention « efficace » dans les familles

Ces programmes d'Éducation à la parentalité (Shankland ; Lamboy, 2011) s'organisent suivant trois étapes en trois groupes selon un timing d'une heure par groupe et étalés sur 14 sessions. Les interventions se forment comme suit : un groupe de parents (environ dix familles), un groupe d'enfants et un dernier groupe réunissant à la fois les parents et les enfants. Les stratégies développées vont tourner sur la communication entre les membres de la famille et à améliorer les aptitudes des parents en vue d'installer un dialogue permanent au sein de la cellule familiale.

Ces deux types de programme sont en cours de déploiement en France, mais en ce moment, l'étude de faisabilité n'est pas encore résolue à cause de certaines réticences, c'est pour cela son implantation en France tarde à se faire. Pour les programmes ciblés, le programme NFP (*Nurse Family Partnership*) a été choisi et il porte le nom de *PANJO* en France, le programme CAPEDP, celui-ci est le seul programme exclusivement made in France. Les tableaux 12 et 13 ci-dessous résument respectivement les programmes universels et ciblés en milieu familial.

Tableau 12 : Synthèse des programmes universels en milieu familial

Type de programme	Caractère du programme	Cible et Origine programme	A été implanté en France	Principaux résultats	Référence théorique
SFP Strengthening Families Program for Parents and Youth	Universel ou Ciblé/ Programme d'éducation à la parentalité, inscrit dans le champ de la promotion de la santé mentale et conçu spécialement pour les parents toxicomanes	Parents et enfants de 3 à 16 ans en population générale ou à risque. États-Unis	En cours de déploiement en France sous le nom de PSFP. Présent Dans d'autres pays européens comme l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne...	Recul et réduction de l'usage d'alcool et de drogues. Amélioration du climat familial, diminution des comportements psychiques et émotionnels des enfants	Kumpfer et al., 2010 Spath et al., 2004 Orte et al., 2012 Roehrig, 2013 Skärstrand et al., 2013
Triple P Positive Parenting Program (niveau 4 et 5)	Universel ou Ciblé/Programme d'éducation à la parentalité qui vise les familles séparées ou à difficulté, basé sur la théorie de l'auto régulation ou la théorie comportementale	Parents et enfants de 0 à 16 ans en population générale ou à risque Australie	En cours de déploiement en France sous le même nom originel	Amélioration des habilités parentales, confiance et estime de soi des parents dans leur rôle de supervision	Sanders, 1970 Sanders et al., 2000 Nous ne disposons pas de détails pour les évaluations

Source : (Du Roscoät et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013)

Tableau 13 : Synthèse des programmes ciblés en milieu familial

Type de programme	Caractère du programme	Cible et Origine programme	A été implanté en France	Principaux résultats	Référence théorique
NFP Nurse Family Partnership	Ciblé/Programme de soutien à la parentalité basé sur la théorie de l'attachement ou de l'apprentissage social. Des visites à domicile pour une durée de 2 ans sont effectuées par des infirmières	Jeunes mères primipares en situation de vulnérabilité psychosociale à faible revenu et vivant dans zones isolées États-Unis	En cours de déploiement en France sous le nom de Panjo	Réduction de la maltraitance ou de négligence, par exemple à Elmira, le taux de la maltraitance a été deux fois plus faible chez les familles participant à NFP, comparativement au groupe témoin	Olds, D. 2006 3 ERC dans des zones géographiques et démographiques différentes (Elmira, Memphis et Denver)
CAPEDP	Ciblé/Programme de soutien à la parentalité basé sur la théorie de l'attachement ou la théorie écologique. Des visites à domicile bimensuelles sont effectuées par des psychologues	Jeunes mères primipares en situation de vulnérabilité psychosociale	Oui le seul mais qui n'a pas eu les résultats escomptés en île de France	Un attachement sécure, inclusion sociale, sentiment de compétences parentales	Tubach et al., 2012 (ERC trial en île de France) Delawarde et al., 2014

Source : (Du Roscoät et al., 2013 ; Guillement et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013)

5.3 Les programmes de prévention dans les communautés

La question qu'on se pose ici est la suivante : comment peut-on inciter les acteurs et décideurs présents sur un territoire à s'engager dans la prévention des conduites addictives à travers des programmes ?

À *priori*, dire que ce n'est pas compliqué, sous-entend qu'on se verserait trop dans l'optimisme de la bonne volonté car mobiliser autant d'acteurs diversifiés dans leur engagement sur un territoire nécessite des moyens et une organisation exceptionnelle. Pour autant, des efforts sont en train d'être menés dans ce sens, dans beaucoup de régions françaises, comme par exemple les programmes ESPACE dans le Limousin, Triple P dans la métropole Lilloise, SFP dans les alpes maritimes (Mouans Sartoux, Carros, Grasse...). En effet, et pour répondre à notre questionnement les programmes réalisés dans un cadre communautaire (quartiers, communes...) devrait principalement s'inscrire dans une approche de politique de la ville relevant des acteurs locaux, dans un but de lutter contre tous les fléaux qui sont susceptibles de menacer la sécurité des concitoyens.

Globalement, ces programmes communautaires sont menés dans des zones géographiques et culturelles spécifiques, (Roscoät et al., 2013). Il peut s'agir des quartiers défavorisés, des quartiers où on observe un fort regroupement de famille d'origine immigrée, en France dans les banlieues, aux États-Unis (dans les quartiers afro ou latino-américains...).

Nous constatons au sein de ces quartiers jugés « difficiles » en France, et au-delà de leurs problèmes sanitaires et sociétaux entraînant inéluctablement un important trafic de substances illicites qui induit à son tour plusieurs comportements antisociaux, un réel problème de sécurité des populations. Ainsi, et dans une démarche « participative », les acteurs et décideurs locaux (les politiques, la police, la justice, les enseignants, les associations...) font une demande aux institutions dédiées à cet effet, par exemple la Santé publique pour réfléchir éventuellement ensemble à la mise en place de politiques de prévention pour lutter à ces phénomènes d'insécurité. Et ces politiques de prévention se matérialisent sous forme programmes (par exemple le programme SFP en inspirant de ce qui se fait ailleurs et qui marche). Concrètement, les politiques de prévention consistent à animer le territoire en repérant les personnes (surtout les jeunes) en besoin d'aide et de les orienter vers des structures de prise en charge adaptées (CSAPA, CJC, ARS...) se trouvant dans la localité.

Le travail se fait en dehors du cadre scolaire et du cercle familial et constitue en des activités de loisirs qui leurs permettent de s'épanouir afin d'oublier leur souci quotidien tout en renforçant leur estime de soi. Le but est aussi à la sortie de ces ateliers ludiques de pouvoir améliorer leur environnement de vie en évitant tout ce qui pourrait nuire à leur bien-être social, physique et mental.

Au demeurant, ces programmes communautaires semblent plus efficaces, (Botvin et al., 2006) car ciblent prioritairement le développement de compétences parentales et familiales qui constituent des facteurs de protection reconnus dans l'amélioration des habilités parentales. La diversité des acteurs et l'implication des parents dans ces types de programmes constituent aussi un volet essentiel pour la réussite des interventions. Plusieurs études soulignent leur efficacité (Stahlschmidt et al., 2013) par opposition aux études centrées uniquement sur les parents. En revanche, certains auteurs restent sceptiques sur leur efficacité réelle à cause d'un manque de preuves, (Hawks et al., 2002). Il faut également souligner comme limite par rapport à la littérature française, que tous ces programmes sont d'origine anglo-saxonne et aucun des programmes identifiés n'est d'origine française. Il y a aussi l'ajout du volet communautaire qui est faiblement pris en compte dans les approches thérapeutiques dans le domaine des addictions en France.

6. Conclusion

À la suite de ces développements, nous dégageons finalement deux enjeux essentiels à suivre pour la France à l'instar des autres pays européens, en ce qui concerne les programmes de prévention et qui sont des points à améliorer pour une politique publique des drogues efficace et qui promeuvent une éducation à la santé des usagers surtout ceux dépendants. Il s'agira d'importer et d'adapter les programmes validés par le repérage des programmes efficaces dans la littérature scientifique internationale à l'instar de SFP. De partir des réalités françaises pour mettre en place des programmes de type **made in France** et de leur évaluation. D'ailleurs, ce travail semble en cours de réalisation avec les programmes PSFP, PANJO et Triple P mais du chemin reste encore à faire. La question de la transférabilité de ces programmes fait débat en Europe y compris en France. En outre, la France devrait davantage instaurer une culture d'évaluation scientifique en amont et en aval des programmes de prévention surtout des conduites addictives. À terme, sans se verser dans l'utopie, la France devrait avoir une base de données (**made in France**) de tous ces programmes réalisés du type NREPP.

Conclusion générale

L'objectif de cette recherche était d'analyser à partir des facteurs familiaux le lien entre les comportements de consommation abusive de substances psychoactives et la supervision parentale pour permettre aux différents acteurs du terrain de trouver les bons ajustements des programmes de renforcement familial et d'améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prévention des conduites addictives pour les adolescents.

Pour ce faire, en plus des outils de l'analyse économique des comportements d'addiction, la psychologie sociale a été mobilisée pour des raisons de transdisciplinarité afin de mieux cerner les difficultés liées à la compréhension du phénomène des addictions. Au terme de ce travail et outre les résultats spécifiques relatifs aux différents chapitres, nous espérons avoir permis de préciser les enjeux actuels en matière de politique publique de cette problématique.

Plusieurs questionnements ont été mobilisés dans l'aboutissement de ce travail, parmi lesquels y a-t-il une corrélation entre un faible niveau de supervision parentale et une consommation problématique des jeunes ? le monitoring parental appliqué au sein de la famille peut-il avoir un effet (positif ou négatif) sur l'adoption de comportement chez l'adolescent ? Quels sont les facteurs familiaux significatifs susceptibles de déclencher, chez l'adolescent des comportements antisociaux puis des comportements de consommation ?

Pour répondre à ces questions, nous avons fait appel à des cadres méthodologiques différents. Tous sont complémentaires néanmoins sur un point, qui fonde la spécificité de la démarche économique : on s'intéresse toujours à la manière dont les individus (consommateur ou non-consommateur) font leur choix. Les données épidémiologiques récentes nous obligent à nous inscrire dans des courants de recherche résolument moderne comme l'économie comportementale ou la neuroéconomie mais aussi pour une mise en cohérence des politiques publiques de prévention.

Conclusion générale

Cependant, pour mieux comprendre les consommations problématiques des jeunes, nous avons essayé de construire notre travail en fonction des facteurs qui nous paraissaient les plus déterminants dans l'explication du phénomène des addictions. Pour dire autrement, chaque chapitre soulève ou constitue une piste de réflexion intéressante en termes d'implications de nouvelles politiques publiques cohérentes en France et tous les mécanismes de réajustements sont à chercher au sein des familles en termes de vigilance parentale. C'est pour cela toutes les propositions émises sont retenues en fonction de chacun des points développés dans chaque chapitre.

À travers notre premier chapitre, nous avons montré que la TAR refuse toute modification des préférences des agents venant des chocs exogènes (par exemple les émotions) et méconnaît aussi le rôle de la supervision parentale dans la modélisation des comportements individuels. La prise en compte de ces hypothèses restrictives par la psychologie sociale peut faire évoluer les politiques publiques qui découlent de l'usage de substances psychoactives. Dans ce cas, les implications en termes de politiques publiques à partir de ces chocs exogènes vont avoir comme objectif principal la réduction de la disponibilité des drogues dans l'environnement immédiat ou lointain de l'individu. Il s'agit en l'occurrence d'être plus vigilant à l'ensemble des politiques d'interdiction, par exemple de fumer dans les espaces publics ou de la vente de tabac des moins de 18 ans, comme c'est actuellement le cas en France mais les résultats ne sont pas encore satisfaisants, comparés ceux constatés ailleurs, (Ogrodnik, 2015).

S'agissant du deuxième chapitre, il nous renseigne sur des modalités opérationnelles des programmes de renforcement de la vigilance parentale, différents de ceux qui existent déjà en France de type école des parents qui se sont uniquement spécialisés sur le soutien scolaire. Nous avons tenté de montrer les styles parentaux éducatifs qui favorisaient le mieux l'adoption de comportements prosociaux des jeunes sachant que tous les styles éducatifs parentaux sont susceptibles de provoquer des pertes sociales en termes dérives comportementales. En termes d'implications de politiques publiques, la prise en compte des spécificités des familles peut aider le législateur à répondre au mieux aux besoins de celles-ci à travers une prévention sélective ou indiquée.

Conclusion générale

Toujours dans cette démarche de réduction de l'attractivité des drogues, nous avons essayé dans le troisième chapitre de mettre en évidence les méfaits de la publicité en faveur de l'alcool à travers internet, comme c'est le cas en France depuis la loi HPST en 2009. À l'heure des smartphones, les parents ne peuvent plus contrôler comme ils le souhaiteraient ce que font leurs enfants en dehors de la maison. En outre, la publicité en ligne semble jouer un rôle incitatif dans les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante des jeunes. Dans ce cas, en termes de politiques publiques, cette loi doit être revue pour mieux lutter contre la banalisation des consommations excessives des 15-25 ans. Aussi, nous avons montré dans nos résultats que ces consommations problématiques ont lieu souvent pendant les moments festifs (en soirée, par exemple) avec les pairs, le législateur devrait également penser à mettre en place des stratégies de limitation des quantités consommées dans ces lieux.

Dans le quatrième chapitre, nous avons particulièrement étudié certains déterminants psychosociaux (la norme et le contrôle parental) sociodémographiques (l'âge, le sexe, le milieu d'habitation, le niveau de scolarité, la proximité de la personne avec les substances) pour prendre en compte dans notre analyse d'autres facteurs qui participent dans l'explication des comportements addictifs des jeunes. Ici, on sent aussi qu'il y a possibilité d'agir sur ces facteurs psychosociaux pour permettre aux parents de mieux anticiper les problèmes et exercer un contrôle parental à travers une vigilance parentale. Enfin, le cinquième chapitre, s'intéresse aux actions de prévention efficaces répertoriées à l'international surtout dans les pays anglosaxons que la France devrait s'inspirer pour aider, accompagner les jeunes souffrant à cette pathologie.

Maintenant, à travers les enseignements retenus dans chaque chapitre, nous essayons de dégager quelques propositions qui nous paraissent pertinentes pour une nouvelle politique publique cohérente en matière d'addiction tout en essayant de centrer la réflexion autour des familles surtout celles en difficultés. La raison est simple, il faut aider et accompagner ces enfants issus de familles modestes dans leur développement pour leur assurer un meilleur devenir (réussite scolaire, professionnelle, santé mentale...) car le plus souvent leurs parents souffrent parfois de plusieurs handicaps tels que la dépression, l'addiction ou un faible niveau d'études... Et l'on constate que ces différents handicaps ne disparaissent systématiquement pas même avec une hausse du revenu de ces parents. Or, le système actuel de la France en termes d'aides aux parents et de lutte contre les conduites addictives est plus basé sur ces incitations monétaires qui ne résolvent pas ou peu la problématique des troubles du comportement chez les adolescents.

Conclusion générale

À ce propos, Susan Mayer (1990)¹¹⁷ à travers plusieurs enquêtes longitudinales dans des pays développés a pu démontrer que l'augmentation du revenu n'a que peu d'effet sur plusieurs facteurs associés à l'adoption de comportements prosociaux des enfants ou de ne pas développer des addictions.

S'agissant de l'usage de substances psychoactives chez les adolescents, on constate que d'importantes sommes sont investies pour la répression et les soins alors que les niveaux de prévalence problématiques ne diminuent pas chez les jeunes (Obradovic, 2015) et de surcroît les finances publiques sont touchées négativement. En effet, les récentes données (2010) suivantes qui portent sur le coût social des drogues en France publiées par (Kopp, 2015) confirment cet état de fait.

Le coût social¹¹⁸ de l'alcool et celui du tabac sont relativement proches, ils sont estimés à 120 milliards d'euros. Pour les drogues illicites, dont les deux tiers du coût sont pour le cannabis, est approximativement estimé à 8 milliards d'euros. Comparé à celui de l'alcool et du tabac, les drogues illicites ont un coût social plus faible du fait qu'elles sont moins consommées. En outre, pour ces drogues le coût externe représente respectivement 97%, 86% et 68% du coût social à cause des pertes de vies humaines nombreuses (49 000 ; 79 000 et 1600). Pour les finances publiques, le coût des drogues représente en moyenne 1% du PIB français. Plus précisément, chaque année, 33% (l'état doit payer 3 milliards d'euros pour l'alcool, 13 milliards d'euros pour le tabac et 2,4 milliards d'euros pour les drogues illicites) du déficit budgétaire de la France serait constitué par le poids négatif des drogues sur les finances publiques.

Parallèlement à cela, les recettes reçues par l'état sont évaluées à 3,2 milliards d'euros pour l'alcool, 10,4 milliards d'euros pour le tabac, en revanche pour le cannabis elles sont nulles alors que les coûts versés pour les soins sont approximativement de 8 milliards d'euros et 26 milliards d'euros. Nous constatons que les recettes reçues sont largement inférieures aux coûts des soins des individus souffrant de pathologies issues de l'usage problématique de ces substances.

¹¹⁷ Mayers S. E. (1997), *What Money Can't Buy, Family Income and Children Life Chances*, Harvard: Harvard University Press.

¹¹⁸ Le coût social est composé du « coût externe (valeur des vies humaines perdues, pertes de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économies de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur le tabac et l'alcool) », (Kopp, 2015).

Conclusion générale

Intuitivement, il apparaît clairement que ces sommes colossales consacrées pour la répression et les soins viennent concurrencer les sommes qui devraient être investies dans les programmes de prévention de conduites addictives. Cela peut justifier en partie les difficultés constatés par les experts de la *Santé Publique* dans l'étude de faisabilité de ces programmes en France, entamée depuis le début des années 2000. Nous signalons que cette étude de faisabilité n'est pas encore résolue en France, or dans les autres pays surtout anglosaxons, ces programmes ne sont plus dans leur phase expérimentale mais sont devenus une réalité, (rapport centre d'analyse stratégique, 2012).

En outre, si nous analysons uniquement le marché du cannabis en France, nous voyons que la situation est également alarmante en matière de niveau de consommation et de dépenses pour la répression. Il apparaît une situation paradoxale sur ce produit. En effet, la législation française est considérée comme la plus sévère en Europe (ESPAD, 2011) alors que la France présente un niveau de prévalence plus élevé chez les jeunes comparé à ces voisins. D'ailleurs, le statut juridique du cannabis est aujourd'hui source de débats controversés. Plusieurs acteurs y interviennent.

La société civile qui a déjà levé le tabou sur ce produit en prônant clairement une légalisation pour des raisons sans doute de liberté individuelle. Les politiques, quant à eux, jugent encore tabou cette question et ont peur de se prononcer sur le fond du statut légal du cannabis pour des raisons purement politiques. Du côté des scientifiques, ils ne sont pas neutres dans ce débat, certes ils dénoncent tous l'échec de la loi de 1970 mais les résultats proposés sont divergents : certains proposent une légalisation (Costes, 2013), d'autres une dépénalisation (Ben Lakhdar et Tanve, 2013). La solution la plus prometteuse semble être celle proposée par Massin (2013) car elle insiste sur une « clarification des options de réforme » pour permettre à chacun de connaître les enjeux et les modalités de l'option envisagé. Par exemple, elle dit qu'une légalisation pourrait avoir un impact positif sur la diminution du coût social du produit et sur la violence, mais elle peut aussi favoriser l'entrée de nouveaux usagers sur ce marché à cause de la levée de la sanction pénale.

Conclusion générale

Dans cet esprit, la récente estimation du coût socio-économique¹¹⁹ du cannabis de (Ben Lakhdar, Kopp et Perez, 2015)¹²⁰ semble justifier la démarche de l'auteur. Ces auteurs dans leur simulation, pensent que la France gagnerait plus en efficacité et en efficience si elle parvenait à changer sa politique actuelle sur le cannabis. Ainsi, ils ont proposé trois scénarios (la dépénalisation de l'usage du cannabis sans légaliser l'offre, la légalisation de l'usage et du commerce du cannabis dans le cadre d'un monopole d'État soit à un prix de vente inchangé ou à un prix de vente majoré ou la légalisation de l'usage et du commerce du cannabis dans le cadre du libre jeu concurrentiel).

Certes, il est tentant de réfléchir à ces réponses alternatives du régime actuel, mais le seul souci, à notre avis, se situe au niveau de l'équilibre entre les impératifs de santé publique et les droits individuels. Et c'est cela le véritable enjeu car le régime actuel n'a pas jusqu'à présent enregistré des résultats convaincants en matière de réduction des dommages, de protection des populations vulnérables (les adolescents, les individus à revenu modeste ou les personnes en errance) et de prévention. Par exemple, pour la prévention, nous constatons une absence totale d'information diffusée par les médias à l'encontre du cannabis.

Cependant, si nous revenons aux trois scénarios observés précédemment, les auteurs estiment qu'un changement de régime en France pourrait avoir un impact à la fois sur le nombre de consommateurs, le volume de cannabis consommé, les finances publiques et le marché noir. Nous remarquons que ces quatre points ne prennent pas en compte d'une manière explicite les dommages sociaux, les conséquences sanitaires et les libertés individuels des usagers de drogue (y compris les dépendants).

En effet, dans leur estimation, les scénarios 1 et 2, engendraient respectivement une hausse du nombre d'usagers quotidiens de 12% et 48% associée à une hausse du trafic annuel en volume de 16% et 65%. Le scénario 3 présenterait quant à elle la situation la plus catastrophique en matière de santé publique (une hausse de 71% du nombre d'usagers quotidiens). Ces trois scénarios démontrent clairement que l'usage problématique persiste encore et celui-ci cause beaucoup plus de conséquences sanitaires et de dommages sociaux par rapport à l'usage simple.

¹¹⁹ Il existe d'autres approches qui permettent de mesurer l'efficacité d'une politique publique (étude coût-efficacité, coût utilité ou encore coût-bénéfices).

¹²⁰ Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse. Une étude publiée par Tera Nova en Septembre 2014 : http://tnova.fr/system/contents/files/000/000/133/original/19122014_-_Cannabis__réguler_le_marché_pour_sortir_de_l'impasse_0.pdf?1432549163

Conclusion générale

Ces effets pervers liés à l'usage problématique du cannabis peuvent entraîner à la fois des pertes de production pour les entreprises (par exemple, si la personne souffrante reste inactive pour un long moment), mais aussi d'importantes ressources perdues par les États en dépense de soins et de traitements. Nous ne négligeons pas les dépenses de retraite non effectuées par l'État pour ces personnes qui peuvent constituer un bénéfice. Avec le scénario 1, cette négligence des externalités négatives se manifeste aussi avec l'existence du marché noir, or nous savons que sur ce dernier sont présents de multiples groupes criminels qui adoptent non seulement des pratiques à l'encontre des droits individuels mais aussi y passent beaucoup de violence. D'ailleurs ce n'est guère surprenant car la prohibition est souvent associée avec de la violence. Nous signalons également que l'augmentation du trafic va forcément engendrer une augmentation des interpellations et sans doute le nombre de détention et de condamnations chez les usagers comme chez les trafiquants. Ces scénarios ne résolvent malheureusement pas le problème des droits individuels et les impératifs sanitaires du régime actuel.

Du côté des finances publiques, par exemple, dans le scénario 2, les auteurs avancent que la légalisation du cannabis avec monopole d'État et à prix de vente inchangé les dépenses publiques en frais de justice et de police vont être considérablement réduites voire disparaître, mais aussi le gouvernement ferait des recettes fiscales. C'est tentant de signaler la baisse des charges publiques engendrées par l'usage problématique et le trafic du cannabis, mais le véritable problème se situe au niveau des dépenses de santé, de traitement et de prévention. Or, ces dépenses sont insuffisantes avec le régime actuel et elles le seront davantage car le nombre d'usagers augmenterait avec le scénario 2.

Finalement, toutes ces tentatives de recherche de solution optimale se butent encore sur les problématiques de santé et de liberté individuelle. Ils donnent encore raison à Massin sur la difficulté de faire des prévisions en cas de changement de régime. Ces difficultés ne devraient pas pour autant décourager les États dans cette recherche de solution qui permettrait d'adopter une stratégie qui vise s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et de protection de la liberté des individus. Pour y parvenir, les politiques devraient impérativement revoir leurs actions de prévention qui sont inefficaces à l'heure actuelle.

Conclusion générale

Les carences sont visibles et portent sur le marketing, l'autorisation de la publicité en faveur de l'alcool et l'interdiction pour le tabac et pourquoi pas une situation unique pour ces deux substances. Pour le cannabis, l'illégalité de ce produit a probablement poussé les politiques à ne pas développer des actions de prévention orientées dans un discours de santé publique et de prévention auprès des usagers surtout jeunes¹²¹. Les campagnes menées sont souvent contre-productives car elles se fondent que sur un simple rappel à la loi. Ces auteurs¹²² ne sont malheureusement pas trompés quand ils disent que « la prévention de l'usage des drogues ainsi que la réduction des risques et dommages associée à leurs usages voire la prise en charge sanitaire des consommateurs, sont indéniablement les parents pauvres de la politique française de gestion des drogues. La lutte policière, elle n'a jamais été active et aussi inefficace ».

Ces ambiguïtés que soulèvent la politique actuelle de la France en matière de protection sociale et de lutte contre les conduites addictives nous poussent à penser que le gouvernement gagnerait en efficacité et en cohérence s'il faisait évoluer cette politique qui est non seulement coûteuse et ne rapporte pratiquement pas de fameux résultats en termes de réduction des comportements antisociaux et de consommation de substances chez les plus jeunes (rapport cour des comptes, 2012)¹²³. Ainsi, il nous paraît indispensable de la part du gouvernement de repenser à une nouvelle politique publique de la prévention des conduites addictives en adoptant une approche de promotion et d'éducation à la santé des jeunes.

Pour y parvenir, le système actuel devrait être complété avec les programmes de soutien et d'éducation à la parentalité en tant que services complémentaires mais aussi en tant que pratiques innovantes pour les professionnels de la santé et en addictologie. Également, ils peuvent permettre aux décideurs publics d'élargir l'éventail de leurs actions en matière de réduction des risques et des conduites addictives, les programmes de renforcement familial apparaissent pertinents dans la mesure où ils permettront de concevoir le phénomène des addictions comme un problème familial et tous les efforts publics seront orientés vers des stratégies visant principalement son bon fonctionnement et de sa dynamique.

¹²¹ Ben Lakhdar et Costes, 2015 une étude publiée dans Terre-Nova : http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/241/original/04102016_-_Contr%C3%B4ler_le_march%C3%A9_du_cannabis_en_France.pdf?1475567422

¹²² Ibid., 50.

¹²³ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000069.pdf>

Conclusion générale

Globalement, tous les programmes de renforcement familial visent principalement deux objectifs principaux à savoir une éducation à la santé et une parentalité positive. D'ailleurs, ils sont fondés à partir de concepts théoriques solides qui promeuvent le développement des compétences psychosociales (CPS) des parents puis des adolescents. À ce titre, ils constituent une piste intéressante pour assurer un devenir des enfants issus de milieux modestes. Les interventions auprès des familles consistent en des formations du type « école des parents » et elles peuvent avoir lieu dans les maisons, à l'école ou dans les centres de soins. Les formations consistent à améliorer les aptitudes des parents (*behavioral parent training*) et les thérapies familiales sont vues comme les mesures les plus prometteuses en termes de cohésion familiale (*family strengthening*), (Kumpfer et Alder, 2003).

En termes d'implications de politiques publiques, cette démarche pourrait permettre de réduire à la fois l'ensemble des facteurs familiaux de risques (des conflits répétitifs, de la négligence) et de renforcer ceux de protection (la cohésion sociale, la communication). Pour ces auteurs, (McVie ; Holmes, 2005) c'est l'accumulation de facteurs de risque (même si la famille présente des facteurs de protection) qui amènent souvent les attitudes de rebelle ou de révolte chez les adolescents, et ces attitudes sont associés à la violence.

Finalement, cette thèse n'a bien entendu développé une partie de l'ensemble des facteurs qui participent dans l'explication des comportements de consommation abusive de substances psychoactives des jeunes. La question des croyances individuelles ou collectives, par exemple, n'a pas été évoquée dans le chapitre 3. Nous souhaiterions également étudier les comportements de consommation des adolescents scolarisés pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) à des fins de comparaison avec ceux de la population générale de 15-25 ans afin de mieux mettre en évidence l'importance du support social dans l'adoption de comportements à risque. De la même manière dans le chapitre 5, nous avons souhaité tester et évaluer un programme de renforcement de la vigilance parentale, mais malheureusement nous avons rencontré des difficultés dans le recrutement des familles qui pourraient participer aux séances de formation prévues à cet effet mais aussi des difficultés de financement. Pour conclure, ces limites guideront les axes de nos futures recherches.

Bibliographie

- Abar, C., et Turrisi, R. (2008). How important are parents during the college years? A longitudinal perspective of indirect influences parents yields on their college teens' alcohol use. *Addictive behaviors*, 33(10), p. 1360-1368.
- Adès, J. (2001). La place de l'alcoolisme parmi les addictions. (*Le Carnet de. PSY, Éd.*) 1(61), p. 14-15.
- Adamczyk-Robinette, S. L., Fletcher, A. C. & Wright, K. (2002), Understanding the Authoritative Parenting– Early Adolescent Tobacco Use Link: The Mediating Role of Peer Tobacco Use, *Journal of Youth and Adolescence*, 31(4), p. 311–318.
- Aizer, A. (2004). Home alone: Supervision after school and child behavior. *Journal of Public Economics*, 88(9), p. 1835-1848.
- Allen et al. (2006). Cultural accomodation of the SFP10-14 : UK phase 1 study. (*H. E. Press, Ed.*) Retrieved from alcoholreaserachuk.org/downloads/.../AERC_FinalReport_0053.pdf
- Amoros, M.J. et al. (2012). Apprendre ensemble, grandir ensemble : programme de soutien socio-éducatif. (*R. i. familiale, Éd.*) (30), p. 61-80.
- Anastassiou, V. (2008). Quinze ans de pratiques familio-systémiques en alcoologie. (*T. Familiale, Éd.*) 29(2), p. 192.
- Anguis, M., Dubeaux, D. (1997). Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac. *INSEE*, première 551.
- ANE, M., Callens, S. (2017). Premières données exploitation enquête ESCOPAD, Rapport de recherches, Université d'Artois.
- ANESM (2010), L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_autorite_parentale_anesm.pdf
- Anderson, P. et Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe : A public health perspective. *London : Institute of Alcohol Studies*.
- Arwidson, P. (2013). En prévention, les bonnes intentions ne suffisent pas. (*S. Publique, Éd.*) HS1(S1), p. 7-8.
- Bailly, D. (2016). La consommation d'alcool chez les enfants : une réalité méconnue. (*A. d. Pédiatrie, Ed.*) 23, p. 549-553.
- Bajoit, G. (2003). *Le changement social : Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*. Paris: Armand Colin.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory : An agentic perspective. *Asian Journal of social psychology*, 2, p. 21-41.
- Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream : the early years from chilly tributary to transformative mainstream. (*B. r. therapy, Éd.*) 42, p. 613-630.
- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., et Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *Journal of Primary Prevention*, 26(6), p. 529-551.
- Barnes, G. M., Hoffman, J. H., Welte, J. W., Farrell, M. P., et Dintcheff, B. A. (2006). Effects of parental monitoring and peer deviance on substance use and delinquency. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), p. 1084-1104.
- Basmann, R. (1956). A theory of demand with variable consumer preferences. (*Econometrica, Ed.*) 24(1), p. 47-58.
- Bauman. Z (2009). L'éthique a-t-elle une chance dans un monde de consommateur ? Paris: Climats <file:///C:/Users/Mohamed/Downloads/15578.pdf>
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, *Child Development*, décembre, 37(4), p. 887-907.
- Baumrind, D. (1991). The Influence of Parenting style on Adolescent Competence and Substance Use, *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), p. 56-95.
- Becerra, D., et Castillo, J. (2011). Culturally protective parenting practices against substance use among adolescents in Mexico. *Journal of Substance Use*, 16(2), p. 136-149.

- Beck, F. et al. (2005). Les usages de drogues des adolescents Parisiens : analyse de l'enquête Escapad 2004. (OFDT, Éd.), p. 100.
- Beck, F. et al. (2006). Le tabagisme des adolescents : baisse du niveau d'usage et représentations spécifiques. *Psychotropes*, Éd. 12(1), p. 75-97.
- Beck, F. et al. (2010). Regards sur les addictions des jeunes en France. (*P. Sociologie, Éd.*) 1(4), p. 517-535.
- Beck, F. et al. (2015) " Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014", *OFDT, Tendances 99*, mars 2015 : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
- Becker, G.S ; Grossman, M ; Murphy, K.M. (1991). Rational Addiction and the effect of price on consumption. (*T. A. Review, Ed.*) 81(2), p. 237-241.
- Becker, G.S ; Mulligan, C.B. (1997). The endogenous Determination of Time Preference. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(3), p. 729-758.
- Becker, G ; Murphy, K.M. (1988). A theory of Rational Addiction. *The journal of Political Economy*, 96(4), p. 675-700.
- Becker, H. (1953). Becoming a marijuana user. *Chicago journals*, 59(3).
- Becker, G.S. et Stigler, G.J. (1977) " De Gustibus Non-Est Disputandum" *The American Economic Review*, 67(2), p. 76-90.
- Bellon-Champel, L. ; Varescon, I. (2015). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence : facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. (*R. Psychiatrique, Éd.*)
- Bénabou, R., & Tirole, J. (2002). Self-confidence and personal motivation. *Quarterly journal of economics*, p. 871-915.
- Benham, L. (1972). The effect of advertising on the price of eyeglasses. *The journal of Law & Economic*, 15(2), p. 337-352.
- Ben Lakhdar, C. et Weinberger, D. (2011) " Du marché du cannabis au marché du THC en France. Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte contre les trafics illicites de stupéfiants" *Revue Française de Socio-économie*, (7), p. 123-145.
- Ben Lakhdar, C. et Tanve, M. (2013) " Evaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants", *Psychotropes*, (19), p. 27-48.
- Bettelheim, B. (1976), *Psychanalyse des contes de fées*, Paris : Flammarion.
- Bisiou, Y. (2016) " Deux siècles de politiques publiques des drogues ", *Psychotropes*, 2 (22), p. 25-39.
- Bonnie, R., et O'Connell, M. (2004). Reducing underage drinking : A collective responsibility. *National Research Council Institute of Medicine*. Retrieved from <http://www.nap.edu/catalog/10729.html>
- Born, M. (2002). Continuité de la délinquance entre l'adolescence et l'âge adulte. *Criminologie*, 35(1), p. 53-67.
- Botchkovar, E., Marshall, I. H., Rocque, M., et Posick, C. (2015). The Importance of Parenting in the Development of Self-Control in Boys and Girls: Results from a Multinational Study of Youth. *Journal of Criminal Justice*, 43(2), p. 133-141.
- Botvin, G.J. et al. (2006). Preventing Youth Violence and Delinquency through a Universal School-Based Prevention Approach. (*S. f. Research, Ed.*) 7, p. 403-408.
- Bousseau, M. (2012). Interventions et programmes en contexte de négligence : évolution et défis de l'intervention auprès des familles. (*R. i. Générations, Éd.*) (16), p. 95-112.
- Buelga, S ; Musitu, G. (2006). Famille et Adolescence : Prévention des conduites à risque. (*A. d'aujourd'hui, Éd.*) p. 17-35.
- Buker, H. (2011). Formation of self-control: Gottfredson and Hirschi's general theory of crime and beyond. *Aggression and Violent Behavior*, 16(3), p. 265-276.

- Burkhart, G. (2015). Is the Strengthening Families Programme feasible in Europe ? *Journal of children's services*, 10(2), p.133.
- Callens, S. (2015). Ulrich Beck (1944-2015) et la société mondiale du risque. *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 6(1).(en ligne).
- Carrillo, J.D. (2005). To be consumed with moderation. *European Economic Review*, 49(1), p. 99-111.
- Cassen, M ; Delile, J.M. (2008). Les adolescents et leurs familles face aux dangers des consommations multiples de drogues et d'alcool. (*C. c. réseaux, Éd.*) 1(40), p. 290.
- Castiglione B. (1991). Le livre du courtisan (première édition en italien : 1528). *Paris: Flammarion*.
- Celda, M. et al. (2018). "Medical marijuana laws and adolescent use of marijuana and other substances: alcohol, cigarettes, prescription drugs, and other illicit drugs" *Drug and alcohol dependence*, 183 (2018), p. 62-68.
- Cerda, M. et al., (2016). " State-level medical marijuana laws, marijuana use and perceived availability of marijuana among the general U.S. population" *Drug and alcohol dependence*, 169 (2016), p. 26-32.
- Cheinin, P.M. (2007). "Familles et dépendances : éléments de langage", *Psychotropes*, 3 (13), p. 217- 227.
- Chen et al. (2005). Alcohol Advertising : What Makes it attractive to youth ? *Journal of Health Communication*, 10, p. 553-565.
- Chobeaux, F. ; Courty, P. ; Van Aertryck, G. (2012). Introduction. (*V. V. traitements, Éd.*) 2(114), p. 16-17.
- Clark, D. B., Thatcher, D. L., et Maisto, S. A. (2005). Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: Effects on AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 30(9), p. 1737-1750.
- Clark, D. B., Kirisci, L., Mezzich, A., et Chung, T. (2008). Parental supervision and alcohol use in adolescence: Developmentally specific interactions. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 29(4), p. 285-292.
- Clark, D. A., Donnellan, M. B., Robins, R. W., et Conger, R. D. (2015). Early adolescent temperament, parental monitoring, and substance use in Mexican-origin adolescents. *Journal of adolescence*, 41, p. 121-130.
- Conrad, M ; Mc Namara, P et King, A. (2012). The alternative substance paradigm : Effectiveness of beverage blinding and effects on acute alcohol responses. (*E. C. Psychopharmacol, Ed.*) 20(5), p. 382-389.
- Conrad, P ; Schneider, J.W. (1980). Deviance and medicalization from badness to sickness. (*T. U. Philadelphia, Ed.*)
- Coombes, L. et al. (2006). Implementation of the strengthening families program (SFP) 10-14 in Barnsley : the perspectives of facilitators and families. (*S. o. UK : Oxford Brookes University, Ed.*) p. 90. Retrieved from alcoholresearchuk.org/downloads/.../AERC_FinalReport_0039.pdf
- Corcos, M. ; Jeammet, P. (2006). Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. (*Psychotropes, Éd.*) 12(2), p. 71-91.
- Costes, J.M. (2013)" De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat ? ", *Psychotropes*, 1 (19), p. 9-26.
- Couteron, J.P. (2007). Familles et dépendances... Introduction aux journées de l'ANIT, 10 et 11 mai 2007, la Rochelle. (*Psychotropes, Éd.*) 13(3), p. 288.
- Couteron, J. P. (2008). Addiction au quotidien, ou l'ordinaire des addictions. (*Psychotropes, Éd.*) 14(3), p. 79-89.
- Couteron, J.P. (2009). Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation. (*Psychotropes, Éd.*) 15(4), p. 9-25.
- Couteron, J.P. (2011). " La réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne", *Multitudes*, 1(44), p. 64-70.
- Dany, L. et Apostolidis, T. (2002). " L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention ", *Santé Publique* 4 (14), p. 335-344.
- Delage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. (*M. & Hygiène, Éd.*) 3, p. 269-287.

- Delawarde et al. (2014). Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programmes "evidence-based" d'aide à la parentalité. (*A. Médico-Psychologiques, Éd.*) 172(4), p. 273-279.
- Delawarde et al. (2014). " L'enfant, sa famille et la santé publique : une fable périlleuse ? L'aide à la parentalité dans une perspective préventive : trois approches sur la question", *Devenir* 1(26), p. 45-58.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., ... & Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107(6), p. 1363-1368.
- Didier, B. (2003). Facteurs de résilience dans les toxico-dépendances. (*Psychotropes, Éd.*) 9(1), p. 61-75.
- Dixit, A; Norman, V. (1978). Advertising and Welfare. *The Bell Journal of Economics*, 9(1), p. 1-17.
- Doba, K ; Nandrino, J.L. (2010). Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives ? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychologie Française* 55(4), p. 355-371.
- Du Roscoät et al.(2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. (*S. Publique, Éd.*) 51(HS1), p. 47-56.
- Du Roscoät et al.(2015). " Déterminantss des intentions de rester non-consommateurs ou de réduire ses consommations d'alcool, de tabac ou de cannabis chez les 15-25 ans". *Santé Publique*, 5(27), p. 641-651.
- Dupilet.C ; Grignon. M ; Pierrard.B. (2002). *Modèles économiques et politiques de lutte contre le tabagisme. CREDES.*
- Ehrenberg, A. (1996). Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques. (*l. communications, Éd.*) 62, p. 5-26.
- Elias, N. (1975). La dynamique de l'Occident (Première édition allemande : 1939). *Paris: Calmann-Lévy.*
- EMCDDA. (2012). *North American drug prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ?* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponible sur www.emcdda.europa.eu/.../publications/.../TDAX13002ENN_final
- Engels, R.C.M.E et al. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. (*A. a. Alcoholism, Ed.*) 44(3), p. 244-249.
- Enquête Escapad. (2003). Drogues et Dépendances : données essentielles. (*OFDT, Éd.*) p. 9.
- Enquête Escapad (2008). Legleye, S ; Spilka, S ; Le Nézet, O ; Laffiteau, C. Les drogues à 17 ans : Résultats de l'enquête Escapad. (*T. 6. OFDT, Éd.*) p.6.
- Enquête ESCAPAD (2014). Spilka, S ; Le Nézet, O ; Beck, F. Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. (*OFDT, Éd.*)
- Enquête ESPAD (2011). Spilka, S ; Le Nézet, O. Premiers résultats du volet Français de ESPAD. (*OFDT, Éd.*)
- Etilé, F. (2004). Politiques publiques des drogues et modèles de dépendance. (*R. économique, Éd.*) 55(4), 176.
- Faggiano, F. et al. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. (*L. John Wiley & Sons, Ed.*)
- Faugeron, C. et Kokoreff, M. (1999). " Les pratiques sociales des drogues : éléments pour une mise en perspective des recherches en France ". (*S. contemporaine, Éd.*) (36), p. 5-17.
- Foxcroft, D.R. et al. (2002). A longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people : a systematic review. (*Addiction, Ed.*) 98, p. 347-411.
- Galbraith, J. (1958). The affluent society. *Boston: Houghton Mifflin Co.*
- Galland, O. (1995). Choquet Marie, Ledoux Sylvie : Adolescents, enquête nationale. (*R. f. sociologie, Éd.*) 36(3), p. 567-569. Récupéré sur http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1995_num_36_3_5076
- Genest, C. et Gratton, F. (2009). La place de la résilience familiale lors d'un suicide à l'adolescence. (*Frontières, Éd.*) 22(1-2), p. 42-49.
- Godin, G. (2000). Entre la rhétorique et les données probantes : enjeux théoriques et méthodologiques. (*r. t. Ruptures, Éd.*) 7(1), p. 132-149.

- Gollier, C., Hilton, D.J. et Raufaste, E. (2003). Daniel Kahneman et l'analyse de la décision face au risque. (*Dalloz, Éd.*) 113(3), p. 295-307.
- Gottfredson, M. et Hirschi, T. (1983) "Age and Explanation of Crime", *The American Journal of Sociology*, 89(3), p. 552-584.
- Green, A.E et al. (2011). Parental awareness of substance use among youths in public service sectors. *Journal of studies on alcohol and drug*, 72(1), p. 44-52.
- Guignard, R. et al. (2015). "La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes", *Evolutions* n° 31. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf>
- Guillemont, J. et al. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. (*S. Publique, Éd.*) S1(HS1), p. 37-45.
- Hansen, E. et Donohoe, M. (2003). Health issues of migrant and seasonal farmworkers. *Journal of health care for the poor and underserved*, 14(2), p. 12.
- Hawks, D. et al. (2002). Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention. Genève//Organisation mondiale de la santé. Retrieved from whqlibdoc.who.int/publications/9241590424.pdf
- Hirschi, T. (1969). Causes of delinquency. Berkeley: *University of California Press*
<http://garfield.library.upenn.edu/classics1980/A1980KG03900001.pdf>
- Hendrick, S. (2009). Efficacité des thérapies familiales systémiques. (*M. & Hygiène, Éd.*) 30(2), p. 211-233.
- Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis, *Preventive medicine*, 100, p. 248–268.
- Hodgson, G. (2003). The hidden persuaders : institutions and individuals in economic theory. *Cambridge journal of economics*, 27(2), p. 75-159.
- INSERM. (2014). Conduites addictives chez les adolescents : *Usages, prévention et accompagnement*. Paris: Collection expertise collective. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000396.pdf>
- Jauffret-Roustide, M. (2009). Un regard sociologique sur les drogues : Décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. (*E. : Lacanienne, Éd.*) 3(5), p. 109-118.
- Jian Hua Hé, (2006) "Pratiques éducatives parentales : comparaison France, Japon et Chine" *Revue internationale de l'éducation familiale*, 2 (20), p. 9-29.
- Johnson, N., Dinsmore, J. A., & Hof, D. D. (2011). The relationship between college students' resilience level and type of alcohol use. *International journal of psychology: a biopsychosocial approach*, 8, p. 67-82.
- Kahneman, D. et Tversky, A. (1979). Prospect theory : An analysis of decision under risk. (*Econometrica, Ed.*) 47(2), p. 263-291.
- Jourdheuil, R., Petit, E. (2015). "Emotions morales et comportement prosocial : une revue de la littérature". *Revue d'économie politique*, 4 (125), p.499-525.
- Kaldor, N. (1950). The economic aspects of advertising. (*R. o. studies, Ed.*) 18.
- Kaufmann, V. et Widmer, E. (2005). L'acquisition de la motilité au sein des familles : Etat de la question et hypothèses de recherche. (*E. e. sociétés, Éd.*) 1(120-121), p. 304.
- Kerr, M. et Stattin, H. (2000) " What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring", *development psychology*, 36(3), p. 366-380.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2002). Trajectoires de consommation et modélisation de consommation dépendante : le cas des usagers de drogues illicites. Contrat avec l'Inserm, *Université du Panthéon Paris-Sorbonne*.
- Kopp, P. (2006). Analyse économique du comportement du fumeur. (*C. d.-U. Panthéon-Sorbonne, Éd.*) 38.

- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2011). " Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ? ", *Revue économique* 5 (62), p. 899-918.
- Kopp, P. et Ogrodnik, M. (2016). " La réponse pénale à l'usage des stupéfiants, entre politique répressive et mesures à caractère sanitaire et pédagogique", *Mouvements*, 2 (86), p.61-70.
- Kopp, P. et al. (2016). " Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse (synthèse)" *Journal des droits des jeunes* 4(354-355), p. 65-65.
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfusson, J., & Allegrante, J. P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997–2014. *Addiction*, 111(4), p. 645-652.
- Kumpfer, K.L., Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. In Kumpfer, Alder, & s. &. Theory (Ed.), *Handbook of drug abuse prevention* (p. 75-100). Utah: Department of family and preventive medicine.
- Kumpfer, K. (1999). Strengthening American's Families : Exemplary Parenting and Family Strategies For *Delinquency Prevention*. (U. D. Justice, Ed.) p. 55.
- Larm, P., Hodgins, S., Tengström, A., & Larsson, A. (2010). Trajectories of resilience over 25 years of individuals who as adolescents consulted for substance misuse and a matched comparison group. *Addiction*, 105(7), p. 1216-1225.
- Lascaux, M., Couteron, J.P. (2015). " Nouvelles pratiques au sein d'une société addictogène", *Adolescence* 1 (T. 33 n° 1), p. 165-176.
- Laux, F. (2000). Addiction as a market failure : using rational addiction results to justify tobacco regulation. *Journal of Health Economics*, 19(4), p. 421-437.
- Laventure, M., Déry, M., Pauzé, R. (2006). Gravité de la consommation de psychotropes des adolescents ayant un trouble des conduites. (*Criminologie, Éd.*) 39(2), p. 165-188.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. (*L'harmattan/Savoirs, Éd.*) 5(Hors série), p. 59-90.
- Legleye, S. (2011). " Inégalités de genre et inégalités sociales dans les usages de drogues en France ". (*H. H. Paris-Sud, Éd.*)
- Lemennicier, B., Maillard, O., Scano, E. (1998). L'impact de la publicité sur la demande : Une application à la demande de tabac en France (1970-1994). (*R. économique, Éd.*) 49(6), p. 1539-1572.
- Litt D.M., Stock M.L. (2011). Adolescent alcohol- related risk cognitions : the rôles of social norms and social networking sites. (*P. o. behaviors, Ed.*)
- Loeber, R., Farrington, D.P., Petechuk, D. (2003). Child delinquency : early intervention and prevention. (*U. D. Justice, Ed.*) p. 20.
- Loewenstein, G. (2000). Emotions in economic theory and economic behavior. *American economic review*, 90(2), p. 426-432.
- Loonis, E., Apter, M.J. (2000). Addictions et système d'actions. 2(L. XXI, Éd.), p. 63-69.
- Loonis, E., Peele, S. (2000). Une approche psychosociale des addictions toujours d'actualité. (*B. d. Psychologie, Éd.*) 53(2), p. 215-224.
- Loonis, E. (2001). " Les modèles économiques des addictions. (*Psychotropes, Éd.*) 7(2), p. 7-22.
- Lowe, L.P. et al., (2012). " Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome (HAPO) study" *Journal List, Diabetes care*, 35(3), p. 574-580.
- Lussier, K., Laventure, M. (2009). " Caractéristiques familiales associées à l'initiation précoce à la consommation de psychotropes à la préadolescence" *Psychotropes*, 3(15), p.49-69.

- Mak, K. K., Ho, S. Y., & Day, J. R. (2012). Smoking of parents and best friend—Independent and combined effects on adolescent smoking and intention to initiate and quit smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(9), p. 1057-1064.
- Massin, S. (2011). " La notion d'addiction en économie : la TCR à l'épreuve ". (*R. d. publique, Éd.*) 21(5), p.713-750.
- Massin, S. (2013)." Approches économiques normatives et positives sur les drogues" *Psychotropes*, 1(19), p.49-63.
- McAfee R.P., Mialon H.M., Williams M.A. (2004). What is a barrier to entry. (*A. P. proceedings, Ed.*) 94(2), p. 461-465.
- McClure, AC. et al. (2006). Ownership of alcohol-branded merchandise and initiation of teen drinking. *American journal of prevention medicine*, 30(4).
- McClure, AC. et al. (2013). Alcohol Marketing Receptivity, Marketing-specific Cognitions and Underage Binge drinking. (*D. o. Pediatrics, Ed.*) 37(1), p. 404-413.
- McQueen, D., & Anderson, M. (2000). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. (*r. t. Ruptures, Éd.*) 7(1), p. 79-98.
- McVie, S., Holmes, L. (2005). Family functioning and substance use at ages 12 to 17. (*U. o. Center for law and society, Ed.*) p. 36. Retrieved from <http://www2.law.ed.ac.uk/cls/esytc/findings/digest9.pdf>
- Miller, P., & Plant, M. (2010). Parental guidance about drinking: Relationship with teenage psychoactive substance use. *Journal of adolescence*, 33(1), p. 55-68.
- Moriarty H., Stubbe H., Bradford S., Tapper S., Teng Lim B. (2011), Exploring resilience in families living with addiction, *Journal of Primary Health Care*, 3(3), p. 210-217.
- Monterosso, J., Piray, P., & Luo, S. (2012). Neuroeconomics and the study of addiction, *Biological psychiatry*, 72(2), p. 107-112
- Morel, A. (2010). Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie : théorie et pratique. (*Psychotropes, Éd.*) 16(2), p. 116.
- Murray, J., Farrington, D.P., Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use and educational performance after parental incarceration : A systematic review and meta-analysis. (*P. bulletin, Ed.*) 138(2), p. 175-210.
- Nadeau, C.L. et al. (2010). Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement. Montréal (Québec): Centre Dollard-Cormier : *institut universitaire des dépendances*. Disponible sur www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782980966583.pdf
- Nelson, P. (1974). Advertising as Information. *Journal of Political Economy*, 82(4), p. 729-754.
- Nelsen J., Lott L., Sabaté B. (2014). La discipline positive pour les adolescents, *Paris: Marabout*.
- Nézet, O., Spilka, S. (s.d.). Enquête ESPAD (2012): " enquête en population générale". (*OFDT, Éd.*).
- NIDA : Bell et al. (1989). Drug abuse among ethnic minorities. (*NIDA, Ed.*) p. 52.
- Obradovic, I. (2015). "Usages des drogues et société addictogène " *Adolescence* 1 (T.33 n° 1), p. 177-192.
- Obradovic, I. (2016). " Cannabis : états des lieux des législations européennes sur l'usage", *Psychotropes*, 2 (22), p.61-79.
- Obradovic, I. et Beck, F. (2017) " Le cannabis en France. Totem ou Tabou ?" , *Esprit*, 2, p. 72-84.
- O'Brien et al. (2006). What's in a word ? Addiction versus dependence in DSM-V. *Journal American Psychiatry*, 163(5).
- OEDT (2016) : Rapport européen sur les drogues : *tendances et évolutions*, <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001FRN.pdf>
- OFDT : Ballion. (1999). Drogues et Toxicomanies : *Indicateurs et tendances*. OFDT.

- OFDT : Carine Mutatayi. (2011). Cadres d'interventions de la prévention des usages de drogues : Approche européenne. (*O. publiques, Éd.*) (11), p. 13. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcmr6.pdf>
- OFDT : De Peretti et Leselbaum. (1999). Les lycéens Parisiens et les substances psychoactives : *évolutions*. Paris: OFDT. Disponible sur www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/lyceens.pdf
- Ogrodnik, M. (2015). "Apports de la psychologie à l'analyse économique des comportements addictifs", *Revue française d'économie*, 4(XXXX), p.17-54.
- Okulicz-Kozaryn, K. ; Foxcroft, D.R. (2012). Effectiveness of the Strengthening Families Programme 10-14 In Poland for the prevention of alcohol and drug misuse : protocol for a randomized controlled trial. (*B. P. Health, Ed.*) 12(319).
- Olievenstein, C. et al. (2017) " Où il est question de la toxicomanie", *Chimères* 1 (91), p. 19-29.
- Omer H., Satran S., Driter O. (2016), Vigilant Care: An Integrative Reformulation Regarding Parental Monitoring, *Psychological Review*, 123 (3), p. 291-304.
- Orphanides, A., Zervos, D. (1998). Myopia and addictive behaviour. *The Economic Journal*, 108, p. 75-91.
- Orte, G.M. et al. (2012). Le programme de compétences familiales en Espagne : l'efficacité de l'approche familiale dans les programmes de prévention des dépendances à la drogue et l'alcool chez l'enfant. (*Erudit, Éd.*) 11(2).
- Ortega, E., et al. (2012). Cultural adaptation of the Strengthening Families Program 10-14 to Italian Families. (*C. Y. Forum, Ed.*) 41, p. 197-212.
- Packard, V. (1959). La persuasion clandestine. (*Population, Éd.*) (1), p. 164.
- Palle, C. et al. (2015). " La consommation d'alcool en France en 2014" *Evolutions*, 32, Avril 2015 : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
- Pariat, M. (1965). La prévision des investissements publicitaires. (*P. e. Publicité, Éd.*) (15), p. 52-70.
- Parquet et al., (1998). "Usage, usage nocif et dépendance aux psychotropes" <http://www.jaibobola.fr/wp-content/uploads/files/reynaud-parquet-et-lagruet---les-pratiques-addictives.pdf>
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Peele, S. (2009). " L'addiction au XXI siècle ". (*Psychotropes, Éd.*) 15(4), p. 27-40.
- Perreti-Watel, P. (2001). "Comment devient-on fumeur de cannabis ? Une perspective quantitative ". (*R. f. sociologie, Éd.*) 42, p. 3-30.
- Perreti-Watel, P. (2010). Lien social et santé en situation de précarité.
- Perrissol, S., et al. (2005). Consommation d'alcool, capacité de résistance perçue et exposition sélective aux publicités pro-alcool. (*R. Appliquée, Éd.*) 55(4), p. 235-243.
- Peterson, R. (2014). Meilleures pratiques de prévention des toxicomanies en milieu scolaire. (*S. Publique, Éd.*) p. 10.
- Petit, E. (2011) "L'apport de la psychologie sociale à l'analyse économique" *Revue d'économie politique*, 6(121), p. 797-837.
- Pharo, P. (2010). Sociologie cognitive et morale de l'addiction. (*R. f. sociologie, Éd.*) 51(4), p. 190.
- Pizon, F., Jourdan, D. (2010). L'implication des professionnels de lycée dans la prévention du tabagisme. (*C. d. l'éducation, Éd.*) 1(29), p. 93-112.
- Pizon, F. (2008). *Education et santé au lycée : quelle contribution à la prévention du tabagisme pour les professionnels ?* Clermont-Ferrand 2: Thèse de doctorat Université Blaise- Pascal. Récupéré sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00780184/document>
- Pollak, R. (1970). Habit Formation and Dynamic Demand Functions. *Journal of Political Economy*, 78(4).

- Pourtois, J.P., Demonty, B. (2004). " Nouveaux contextes sociaux et croyances d'efficacité" *Savoirs* 5 (Hors-série) p.147-178.
- Rabin, M., Thaler, R.H. (2001). Anomalies risk aversion. *Journal of economics perspectives*, 15(1), p. 219-232.
- Rachlin, H. (1997). Four teleological theories of addiction. (*P. B. Review, Ed.*) 4, p. 426-473.
- Redish, A. D. (2004). Addiction as a computational process gone awry. *Science*, 306(5703), p. 1944-1947.
- Robins, L.N., et al. (1974). Viet Nam veterans three years after Viet Nam: How over study changed our view of heroin. In L. Brill, and C. Winick (Eds.), *The yearbook of substance use and abuse*. New-York : Human Sciences Press.
- Roché, S. (2002). La délinquance de jeunes : les 14-18 ans racontent leurs délits, Modat, n° 4 / 5, Groupement d'Intérêt Public du Contrat de Ville de l'Agglomération Toulousaine, tiré de idem et alii. (2000), Enquête sur la délinquance auto-déclarée des jeunes, Rapport final, Maif.
- Roehrig, C. (2013). Soutien à la parentalité : une étude d'implantation du programme SFP en France. (*Dépendances, Éd.*) (50), p. 16-19.
- Ronel, N., & Haimoff-Ayali, R. (2010). Risk and resilience: The family experience of adolescents with an addicted parent. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 54(3), p. 448-472.
- Rosenfeld, Z., Duret, I. (2010). Représentation de la famille et de la filiation chez l'adolescent adopté et ses parents. (*G. Thérapie familiale, Éd.*) 31(4), p. 339-355.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity : protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British of journal psychiatry*, 147, p. 598-611.
- Sackett, D.L., et al. (1996). Evidence based medicine : what is it and what it isn't. (*B. M. Journal, Ed.*) (312), p. 71-72.
- Serrano, S. (2008). Prévention des conduites à risques et question sociale. (*Psychotropes, Éd.*) 14(3), p. 127-135.
- Shankland, R., Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. (*P. e. Prévention, Éd.*) 2, p. 103-212.
- Sheeran, P., Ravis, A. (2003) " Descriptive norms as an additional predictor in the theory of planned behavior: A meta-analysis" *Current Psychology*, 22(3), p. 218-233.
- Sherman, D. (2009). A paradigm shift in selecting evidence-based approaches for substance abuse prevention. (*P. T. 2010, Ed.*) 9(6), p. 12. Retrieved from www.ca-cpi.org
- Spilka, S., Le Nézet, O., Tovar, M.L. (2012). Les drogues à 17 ans : Premiers résultats de l'enquête Escapad 2011. (*T. 7. OFDT, Éd.*) p. 4.
- Spoth, R., et al. (2002). Randomized Study of Combined Universal Family and School Preventive Interventions : Patterns of Long-Term Effects on Initiation, Regular Use, and Weekly Drunkenness. (*P. A. Behav, Éd.*) 19(4), p. 372-381.
- Stahlschmidt, M.J., et al. (2013). Recruiting fathers to parenting programs : Advice from dads and fatherhood program providers. (*C. a. review, Ed.*) 35(10), p. 1734-1741.
- Starmer, C. (2000). Developments in non-expected utility theory : the hunt for descriptive theory of choice under risk. *Journal of Economic litterature*, p. 332-382.
- Stigler, G.J. (1961). The Economics of Information. *The Journal of Political Economy*, 69(3), p. 213-225.
- Stigler, G.J., Becker, G. (1977). De Gustibus non Est Disputandum. (*A. E. Review, Éd.*) (67), p. 76-90.
- Stolle, M., et al. (2011). Family-based prevention against substance abuse and behavioral problems : culture-sensitive adaptation process for the modification of the US-American SFP 10-14 to German conditions. *Journal of Public Heath*, 19(4), p. 389-395.
- Svensson, R. (2003). Gender differences in adolescent drug use: The impact of parental monitoring and peer deviance. *Youth & Society*, 34(3), p. 300-329.

- Suissa, A. J. (2008). " Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux ". (*Psychotropes, Éd.*) 14(2), p. 61-80.
- Suissa, A. J. (2009). " Du concept d'addiction au processus de dépathologisation : la richesse psychosociales du concept de dépendance selon Peele ". (*S. e. Drogues, Éd.*) (8), p. 75-108.
- Tehrani, J. J. (2013). The phylogeny of little red riding hood. *PloS one*, 8(11), e78871.
- Tessier, P. (2005). La reconciliation des mesures de préférences sur la santé dans le certain et dans le risque. (*Daloz, Éd.*) 115(6), p. 152.
- Thaler, R. H., & Shefrin, H. M. (1981). An economic theory of self-control. *The Journal of Political Economy*, p. 392-406.
- Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010). Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), p. 560-568.
- Tomcikova, Z., Veselska, Z., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2013). Leisure time activities, parental monitoring and drunkenness in adolescents. *European Addiction Research*, 19(3), p. 141-145.
- Tubach, F., et al. (2012). A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health : the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. (*B. P. Health, Ed.*) 12(648). Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/648>
- Tversky, A., Kahneman, D. (1974). Judgement and uncertainty : heuristics and biases. (*Science, Ed.*) 185, p. 1124-1131.
- UNODC. (2010). Compilation of evidence-based skills family training programs. Vienne. Retrieved from http://www.unodc.org/docs/youthnet/compilation/10-50018_Ebook.pdf
- Varescon, I. (2008). " Introduction : les addictions comportementales : définitions, évolution du concept et question. (*Psychotropes, Éd.*) 14(3), p. 41-54.
- Varescon, I. (2014). Jeunes et addictions : évolution des comportements et des pratiques professionnelles. *INPES*, dossier n°429. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-429.pdf>
- Vitaro, F., et al. (2004). Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour intervention. Disponible sur http://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/enfants-de-parents-dependance_mai-2004.pdf
- Werner, E. E., & Smith, R.S. (1982). Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. *New York: McGraw Hill*.
- Westling, E., Andrews, J. A., Hampson, S. E., & Peterson, M. (2008). Pubertal timing and substance use: The effects of gender, parental monitoring and deviant peers. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), p. 555-563.
- Wieviorka, S. (2007). Quand les parents sont toxicomanes. (*P. e. Enfance, Éd.*) (37), p. 90-100.
- Wilquin, J.L., et al. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. (*S. Publique, Éd.*) S1(HS1), p. 65-74.
- Wilson, C., et al. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United-States. *The Journal of the American Medical Association*, 291(17), p. 2114-2121.
- Winston, G. (1980). Addiction and backsliding : A theory of compulsive consumption. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 1(4), p. 295-324.
- Zhai Y., Liu K., Zhang L., Gao H., Chen Z., Du S., et al. (2015) The Relationship between Post-Traumatic Symptoms, Parenting Style, and Resilience among Adolescents in Liaoning, China: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 10(10): e0141102.
- Zhang, J. (2004). Alcohol advertising in China. Retrieved from http://www.apapaonline.org/.../Meeting.../Alcohol_Marketing_China.pdf

Zwarun, L. (2006). Ten years and 1 Master Settlement Agreement Later : The nature and frequency of alcohol and tobacco promotion in televised sports, 2000 through 2002. *American journal of public health*, 96(8), p. 1492-1497.

Annexes

Questionnaire V10B

DECEMBRE 2013

Éléments à indiquer dans le mail :

Cette étude réalisée par l'Institut BVA est à l'initiative du Ministère de la Santé.

Elle vise à mieux connaître l'opinion et les comportements de santé des Français afin d'orienter les politiques et actions de prévention.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir participer à cette enquête.

BVA garantit la confidentialité et l'anonymat sur l'ensemble de vos réponses conformément aux règles CNIL.

Module renseignements signalétiques

Z0a. Merci d'indiquer le numéro du département dans lequel vous habitez

Saisir les 2 chiffres du département

/ _ _ /

Z0b. Dans quelle commune habitez-vous ?

Noter les premières lettres de la commune puis taper entrée quand le nom exact de la commune apparaît

Liste des communes en fonction du département

Recod REGION ZEAT

(Quotas)

1. Région parisienne
2. Bassin Parisien Est
3. Bassin Parisien Ouest
4. Nord
5. Est
6. Sud-Ouest
7. Sud Est
8. Méditerranée

Annexe

Recod TAILLE D'AGGLOMERATION

(Quotas)

1. Rural
2. Moins de 20 000
3. 20 000 à 99 000
4. 100 000 et +
5. Agglomération parisienne

Z1a. Êtes-vous :

(Quotas)

1. Un homme
2. Une femme

Z2a. Quelle est votre année de naissance ?

Min : 1900 ; Max : 1998

/ / / / /

Recod âge grand public et parents

(Quotas)

1. 15-24 ans
2. 25-34 ans
3. 35-49 ans
4. 50-64 ans
5. 65 ans ou plus

Recod âge jeunes

(Quotas)

1. 15-17 ans
2. 18-21 ans
3. 22-25 ans

Z4a. En ce moment, quelle est votre activité principale ?

1. Salarié du secteur privé
2. Salarié d'une entreprise publique ou nationale
3. Salarié du secteur public
4. A votre compte
5. A la recherche d'un premier emploi
6. A la recherche d'un emploi (vous avez déjà travaillé)

Annexe

7. A la retraite
8. Au foyer
9. Elève ou étudiant
10. Dans une autre situation

Pour les personnes à la recherche d'un emploi (Z4a=6)

Z5a. Avant d'être au chômage, quelle était votre dernière profession, votre dernière catégorie socio-professionnelle ?

Pour les autres

Z5a. Quelle est votre profession, votre catégorie socio-professionnelle ? Quelle est votre situation exacte ?

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan petit commerçant
3. Chef d'entreprise de plus de 10 salariés
4. Profession libérale (SAUF paramédical)
5. Professeur / profession scientifique
6. Cadre et autre profession intellectuelle supérieure
7. Contremaître, agent de maîtrise, profession paramédicale, technicien
8. Instituteur
9. Employé
10. Personnel de service
11. Ouvrier / Ouvrier agricole
12. Retraité
13. Elève / étudiant
14. Autre inactif

Si Z4a=5

Z5a5. Dans quel type de profession cherchez-vous du travail ?

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan petit commerçant
3. Chef d'entreprise de plus de 10 salariés
4. Profession libérale (SAUF paramédical)
5. Professeur / profession scientifique
6. Cadre et autre profession intellectuelle supérieure
7. Contremaître, agent de maîtrise, profession paramédicale, technicien
8. Instituteur
9. Employé
10. Personnel de service
11. Ouvrier / Ouvrier agricole

Si Z4a=7

Z5a7. Avant votre retraite, quelle était votre dernière profession, votre dernière catégorie socio-professionnelle ?

1. Agriculteur exploitant

Annexe

2. Artisan petit commerçant
3. Chef d'entreprise de plus de 10 salariés
4. Profession libérale (SAUF paramédical)
5. Professeur / profession scientifique
6. Cadre et autre profession intellectuelle supérieure
7. Contremaître, agent de maîtrise, profession paramédicale, technicien
8. Instituteur
9. Employé
10. Personnel de service
11. Ouvrier / Ouvrier agricole
12. Inactif

A tous

Z6. Quelle place occupez-vous dans le foyer ?

1. Vous vivez seul
2. Un membre du couple
3. L'unique parent du foyer
4. Un enfant de la famille
5. Un ami ou un parent hébergé par la famille
6. Autre (colocataires, personnel de maison...)

⇒ Identification du chef de famille

⇒ Si personne interrogée <> du chef de famille => Z4b, Z5b et Z5b5, Z5b7 et Z5b9 en fonction des filtres

Recodage chef de famille

- Votre conjoint
- Votre père (ou de votre mère si votre père ne vit pas au foyer)
- Votre parent
- L'occupant principal du logement (l'homme s'il s'agit d'un couple)

Z4b. En ce moment, quelle est l'activité principale de [recodage chef de famille] ?

1. Salarié du secteur privé
2. Salarié d'une entreprise publique ou nationale
3. Salarié du secteur public
4. A son compte
5. A la recherche d'un premier emploi
6. A la recherche d'un emploi (a déjà travaillé)
7. A la retraite
8. Au foyer
9. Elève ou étudiant
10. Dans une autre situation

Pour les chefs de famille à la recherche d'un emploi (Z4b=6)

Z5b. Toujours concernant [recodage chef de famille], avant d'être au chômage, quelle était sa dernière profession, sa dernière catégorie socio-professionnelle ?

Annexe

Pour les autres

Z5b. Quelle est sa catégorie socio-professionnelle ?

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan petit commerçant
3. Chef d'entreprise de plus de 10 salariés
4. Profession libérale (SAUF paramédical)
5. Professeur / profession scientifique
6. Cadre et autre profession intellectuelle supérieure
7. Contremaître, agent de maîtrise, profession paramédicale, technicien
8. Instituteur
9. Employé
10. Personnel de service
11. Ouvrier / Ouvrier agricole
12. Retraité
13. Elève / étudiant
14. Autre inactif

RecodZ5b : PROFESSION CHEF DE FAMILLE EN 8 POSITIONS

(Quotas)

1. Indépendants chefs d'entreprise
2. Cadres et professions intellectuelles supérieures
3. Professions intermédiaires
4. Employés
5. Ouvriers
6. Retraités
7. Elèves / Etudiants
8. Autres inactifs divers

Si Z4b=5 et si interviewé <> chef de famille

Z5b5. Toujours concernant [recodage chef de famille], dans quel type de profession cherche-t-il du travail ?

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan petit commerçant
3. Chef d'entreprise de plus de 10 salariés
4. Profession libérale (SAUF paramédical)
5. Professeur / profession scientifique
6. Cadre et autre profession intellectuelle supérieure
7. Contremaître, agent de maîtrise, profession paramédicale, technicien
8. Instituteur
9. Employé
10. Personnel de service
11. Ouvrier / Ouvrier agricole

Si Z4b=7 et si interviewé <> chef de famille

Annexe

Z5b7. Toujours concernant [recodage chef de famille], avant sa retraite, quelle était sa dernière profession, sa dernière catégorie socio-professionnelle ?

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan petit commerçant
3. Chef d'entreprise de plus de 10 salariés
4. Profession libérale (SAUF paramédical)
5. Professeur / profession scientifique
6. Cadre et autre profession intellectuelle supérieure
7. Contremaître, agent de maîtrise, profession paramédicale, technicien
8. Instituteur
9. Employé
10. Personnel de service
11. Ouvrier / Ouvrier agricole
12. Vous ne savez pas

Si Z4a=9 et interviewé=chef de famille

Z5b9. Quelle est la profession de vos parents ?

*Indiquer en priorité la dernière catégorie socio-professionnelle **de votre père** (ou sa dernière profession s'il est retraité ou au chômage)*

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan petit commerçant
3. Chef d'entreprise de plus de 10 salariés
4. Profession libérale (SAUF paramédical)
5. Professeur / profession scientifique
6. Cadre et autre profession intellectuelle supérieure
7. Contremaître, agent de maîtrise, profession paramédicale, technicien
8. Instituteur
9. Employé
10. Personnel de service
11. Ouvrier / Ouvrier agricole
12. Au foyer ou autre inactif
13. Pas de parent

A tous

QSOCIO1. Avez-vous, vous-même, des enfants ?

1. Oui
2. Non

Si QSOCIO1=1

QSOCIO2. Combien avez-vous d'enfants ?

/ _ / _ / enfants

Si QSOCIO1=1

Annexe

QSOCIO3. Combien avez-vous d'enfants âgés de moins de 18 ans ?

Il s'agit uniquement des enfants âgés de 0 à 17 ans

Bornes de 0 à 11

/ _ / _ / enfants

Contrôle : Si QSOCIO3 > QSOCIO2, message d'erreur : « Réponse invalide : vous avez indiqué avoir [QSOCIO2] enfants »

Si QSOCIO3 > 0

Nombre d'enfants en fonction de QSOCIO3

QSOCIO4. Quel est l'âge exact de chacun de vos enfants âgés de moins de 18 ans ?

Si moins d'1 an, indiquer 0

Bornes de 0 à 17

Premier enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Deuxième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Troisième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Quatrième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Cinquième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Sixième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Septième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Huitième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Neuvième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Dixième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Onzième enfant : / _ / _ / ans => QC2bis. Habite-t-il avec vous ? 1. Oui / 2. Non

Contrôle pour chaque enfant : Si QSOCIO4 > 17, message d'erreur : « Il s'agit uniquement de vos enfants âgés de moins de 18 ans »

Recodification parente

QSOCIO5. Parents d'au moins un enfant de moins de 18 ans vivant au foyer (sur base tous)

(Echantillon 3)

1. Oui (=QSOCIO3 > 0 ET au moins 1 oui en QC2bis)
2. Non (=reste)

QSOCIO5a. Parents d'au moins un enfant de moins de 7 ans vivant au foyer (sur base tous)

(Quotas)

Annexe

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 0 et 6 ans ET qui habite avec le parent QC2bis=1))
2. Non (=reste)

QSOCIO5b. Parents d'au moins un enfant de 7 à 12 ans vivant au foyer (sur base tous)

(Quotas)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 7 et 12 ans ET qui habite avec le parent QC2bis=1))
2. Non (=reste)

QSOCIO5c. Parents d'au moins un enfant de 13 à 17 ans vivant au foyer (sur base tous)

(Quotas)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 13 et 17 ans ET qui habite avec le parent QC2bis=1))
2. Non (=reste)

QSOCIO5d. Parents d'au moins un enfant de 11 à 17 ans vivant au foyer (sur base tous)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 11 et 17 ans ET qui habite avec le parent QC2bis=1))
2. Non (=reste)

QSOCIO6. Parents d'enfants de moins de 18 ans (sur base tous)

1. Oui (=QSOCIO3>0)
2. Non (=reste)

QSOCIO6a. Parents d'enfants de moins de 16 ans (sur base tous)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 0 et 15 ans)
2. Non (=reste)

QSOCIO6b. Parents d'enfants de moins de 7 ans (sur base tous)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 0 et 6 ans)
2. Non (=reste)

QSOCIO6c. Parents d'enfants de moins de 2 ans (sur base tous)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 0 et 1 an)
2. Non (=reste)

QSOCIO6d. Parents d'enfants de 1 à 16 ans (sur base tous)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 1 et 16 ans)

Annexe

2. Non (=reste)

QSOCIO6e. Parents d'enfants de 2 à 17 ans (sur base tous)

1. Oui (=QSOCIO3>0 ET (au moins 1 enfant dont (QSOCIO4 =entre 2 et 17 ans)
2. Non (=reste)

QSOCIO7. Nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant au foyer (sur base tous)

/ _ / _ / enfants (=somme des QC2bis =1)

RS8. Au total, de combien de personnes se compose votre foyer, vous y compris ?

1. 1 personne
2. 2 personnes
3. 3 personnes
4. 4 personnes
5. 5 personnes
6. 6 personnes
7. 7 personnes
8. 8 personnes
9. 9 personnes ou plus

Contrôle : Si QSOCIO7=ou>RS8, message d'erreur : « Réponse invalide car vous avez indiqué avoir [QSOCIO7] enfants de moins de 18 ans vivant avec vous »

Page d'introduction au questionnaire :

Cette étude est à l'initiative du Ministère de la Santé. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les comportements de la population en matière de santé ; les résultats serviront à développer des actions de prévention.

Les questions qui vont vous être posées portent sur vos comportements et opinions concernant différents sujets de santé. **Vos réponses sont strictement anonymes et confidentielles.**

Certaines questions pourront vous sembler parfois répétitives. Cependant, pour assurer la qualité de cette étude, il est très important de répondre à toutes les questions et d'y répondre seul.

Pour répondre aux questions, prenez le temps de lire attentivement chaque question ou énoncé.

Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous pensez actuellement.

A tous

Module d'exposition aux campagnes et aux dispositifs d'aide à distance

Sous-module d'exposition aux campagnes

EXP1. Au cours des dernières semaines, vous souvenez-vous avoir vu, lu ou entendu une ou plusieurs campagnes d'information et/ou de prévention sur des questions de santé ?

1. Oui
2. Non

A ceux qui se souviennent d'une campagne (QEXP1=1)

EXP2. Que voyait-on, qu'entendait-on, que lisait-on dans cette ou ces campagnes d'information et/ou de prévention sur des questions de santé ? Merci de décrire de façon précise et concrète cette/ces campagnes dont vous vous souvenez.

Merci d'indiquer le maximum de précision concernant le sujet, la forme et le média utilisé pour cette/ces campagnes.

Description de la 1ère campagne dont vous vous souvenez _____

Description de la 2ème campagne dont vous vous souvenez _____

Description de la 3ème campagne dont vous vous souvenez _____

Description des autres campagnes dont vous vous souvenez _____

Rotation aléatoire des sous-modules d'exposition (1 sous-module : tabac)

Sous-module exposition Tabac

EXP1b. Au cours des dernières semaines, vous souvenez-vous avoir vu, lu ou entendu une ou plusieurs campagnes d'information et/ou de prévention sur le tabac ?

1. Oui
2. Non

A ceux qui se souviennent d'une campagne sur le tabac (QEXP1b=1)

EXP2b. Que voyait-on, qu'entendait-on, que lisait-on dans cette ou ces campagnes d'information et/ou de prévention sur le tabac ? Merci de décrire de façon précise et concrète cette/ces campagnes dont vous vous souvenez.

Description de la 1ère campagne dont vous vous souvenez _____

Description de la 2ème campagne dont vous vous souvenez _____

Description de la 3ème campagne dont vous vous souvenez _____

Description des autres campagnes dont vous vous souvenez _____

Merci d'indiquer le maximum de précision concernant le sujet, la forme et le média utilisé pour cette/ces campagnes.

Sous-module exposition Alcool

EXP1d. Au cours des dernières semaines, vous souvenez-vous avoir vu, lu ou entendu une ou plusieurs campagnes d'information et/ou de prévention à propos de l'alcool ?

1. Oui
2. Non

A ceux qui se souviennent d'une campagne sur l'alcool (QEXP1d=1)

EXP2d. Que voyait-on, qu'entendait-on, que lisait-on dans cette ou ces campagnes d'information et/ou de prévention à propos de l'alcool ? Merci de décrire de façon précise et concrète cette/ces campagnes dont vous vous souvenez.

Description de la 1ère campagne dont vous vous souvenez _____

Description de la 2ème campagne dont vous vous souvenez _____

Description de la 3ème campagne dont vous vous souvenez _____

Description des autres campagnes dont vous vous souvenez _____

Merci d'indiquer le maximum de précision concernant le sujet, la forme et le média utilisé pour cette/ces campagnes.

Annexe

Rotation aléatoire des modules thématiques (sauf : module Tabac en 1^{er} et module Nutrition en 2^{ème} qui restent toujours les deux premiers modules et module santé sexuelle, module Toxicomanie, module parentalité toujours dans le même ordre en dernier des modules thématiques)

A tous

Module Tabac

Voici maintenant quelques questions sur la consommation de tabac. Nous aurions besoin de connaître vos habitudes et votre opinion à ce sujet.

QCT1. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

1. Oui
2. Non

Si QCT1=2

QCT2. Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

1. Oui
2. Non

Si QCT2=1

QCT3. Avez-vous fumé...

1. Juste 1 ou 2 fois pour essayer
2. Occasionnellement
3. Quotidiennement mais pendant moins de 6 mois
4. Quotidiennement pendant au moins 6 mois

Si QCT1=1

QAT2. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ?

Merci d'indiquer un nombre de cigarettes même approximatif

1. /_/_/_/_/_/ par jour (*borne de 1 à 100*)
2. /_/_/_/_/_/ par semaine (*borne de 1 à 100*)
3. /_/_/_/_/_/ par mois (*borne de 1 à 100*)
4. /_/_/_/_/_/ par an (*borne de 1 à 100*)

Si QCT1=1

QAT3. Le matin, combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

1. Dans les 5 premières minutes
2. Entre 6 et 30 minutes
3. Entre 31 et 60 minutes
4. Après 60 minutes

Si QCT1=2

Voici maintenant une série d'affirmations au sujet du tabac. Merci d'indiquer la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

Rotation aléatoire des items, sauf l'item (QRT2) d'intention qui reste toujours en premier

- a. QRT2. **Au cours des 30 prochains jours**, j'ai l'intention de rester un non-fumeur.
- b. QRT3. Je pense qu'être un non-fumeur est une bonne chose pour moi.
- c. QRT4. Si je reste un non-fumeur, les personnes qui comptent pour moi vont m'approuver.
- d. QRT5. Il est facile pour moi d'être un non-fumeur.
 1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

Si QCT1=1

Voici maintenant une série d'affirmations au sujet de votre consommation de tabac. Merci d'indiquer la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

QRT6.

1. **Au cours des 30 derniers jours**, je me suis arrêté de fumer pendant 1 semaine ou plus, mais j'ai refumé depuis
2. **Au cours des 30 derniers jours**, je me suis arrêté de fumer pendant moins d'1 semaine, mais j'ai refumé depuis
3. **Au cours des 30 derniers jours**, je ne me suis pas arrêté de fumer

Rotation aléatoire des items, sauf l'item QRT7 d'intention qui reste toujours en premier

- a. QRT7. **Au cours des 30 prochains jours**, j'ai l'intention d'arrêter de fumer.
- b. QRT8. Je pense qu'arrêter de fumer **au cours des 30 prochains jours** serait une bonne chose pour moi.
- c. QRT9. Si j'arrête de fumer **au cours des 30 prochains jours**, les personnes qui comptent pour moi m'approuveront.
- d. QRT10. **Au cours des 30 prochains jours**, il serait facile pour moi d'arrêter de fumer.
 1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

A tous

QRT15. Selon vous, quel pourcentage des personnes de votre âge fument ne serait-ce que de temps en temps ?

Merci d'indiquer une réponse même approximative

Annexe

Bornes de 0 à 100.

Si >100 message d'erreur : Il n'est pas possible de saisir un % supérieur à 100

/ _ / _ / _ / %

A tous

Voici maintenant une série d'affirmations au sujet des femmes enceintes. Merci d'indiquer pour chacune la réponse qui correspond le mieux à votre opinion.

Rotation aléatoire des items

- a. QRT11. Pendant la grossesse, il est nécessaire, pour la santé du bébé, que la mère ne fume pas du tout (A tous)
- b. QRT12. La plupart des femmes enceintes qui étaient fumeuses avant d'être enceintes ne fument pas du tout pendant leur grossesse (A tous)
- c. QRT13. Si j'étais enceinte, les gens qui comptent pour moi me conseilleraient de ne pas fumer du tout (Si QCT1=1 ET SEXE=femme ET AGE=entre 18 et 40 ans)
- d. QRT14. Si j'étais enceinte, il serait facile pour moi de ne pas fumer du tout (Si QCT1=1 ET SEXE=femme ET AGE=entre 18 et 40 ans)
 1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

Module alcool

Nous allons maintenant aborder la consommation d'alcool. Nous aurions besoin de connaître vos habitudes et votre opinion à ce sujet.

QCA0. Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

1. Oui
2. Non

Si QCA0=1

QCA1. **Au cours des 12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de bière, de vin, d'alcools forts, de champagne ou tout autre type d'alcool même peu alcoolisé ?

1. Tous les jours
2. 4 fois par semaine ou plus
3. 2 à 3 fois par semaine
4. 2 à 4 fois par mois

Annexe

5. 1 fois par mois ou moins souvent
6. Jamais

Si QCA1=1OU2

QCA2. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

Merci d'indiquer une réponse même approximative

Bornes de 1 à 50.

Si >50 message d'erreur : Il n'est pas possible de saisir un nombre de verres supérieur à 50

/ _ / _ / _ / verres

Si AGE=entre 15 et 25 ans ET QCA1=1OU2OU3OU4OU5

QCA3. À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus en une même occasion ?

1. Tous les jours ou presque
2. Une fois par semaine
3. Une fois par mois
4. Moins d'une fois par mois
5. Jamais

Si AGE=entre 15 et 25 ans ET QCA1=1OU2OU3OU4OU5

QCA4. **Au cours des 30 derniers jours**, combien de fois êtes-vous allé à une soirée entre amis ?

Indiquer un nombre de fois même approximatif pour toutes ces occasions.

Borne de 0 à 30

Si >30 message d'erreur : Il n'est pas possible de saisir un nombre supérieur à 30

/ _ / _ / _ / fois

Si (QCA1=1OU2) OU (Si AGE=entre 15 et 25 ans ET QCA3=1OU2OU3OU4)

Voici une série d'affirmations ; merci d'indiquer la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

Si QCA1=1OU2

QRA1. **Au cours des 30 derniers jours**, j'ai diminué le nombre de verres d'alcool que je bois par jour.

1. Oui, j'ai beaucoup diminué
2. Oui, j'ai un peu diminué

Annexe

3. Non, je n'ai pas changé
4. Non, j'ai un peu augmenté
5. Non, j'ai beaucoup augmenté

Rotation aléatoire des items, sauf l'item d'intention (QRA2) qui reste toujours en premier

- a. QRA2. **Au cours des 30 prochains jours**, j'ai l'intention de diminuer le nombre de verres d'alcool que je bois par jour.
- b. QRA3. Je pense que diminuer le nombre de verres d'alcool que je bois par jour, **au cours des 30 prochains jours**, serait une bonne chose.
- c. QRA4. Les personnes qui comptent pour moi m'approuveront si, **au cours des 30 prochains jours**, je diminue le nombre de verres d'alcool que je bois par jour.
- d. QRA5. **Au cours des 30 prochains jours**, il serait facile pour moi, de diminuer le nombre de verres d'alcool que je bois par jour.
 1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

Si AGE=entre 15 et 25 ans ET QCA3=1OU2OU3OU4

QRA6. **Au cours des 30 derniers jours**, j'ai diminué le nombre de verres d'alcool que je bois au cours d'une même soirée entre amis.

1. Oui, j'ai beaucoup diminué
2. Oui, j'ai un peu diminué
3. Non, je n'ai pas changé
4. Non, j'ai un peu augmenté
5. Non, j'ai beaucoup augmenté

Rotation aléatoire des items, sauf l'item (QRA7) d'intention qui reste toujours en premier

- a. QRA7. **Au cours des 30 prochains jours**, j'ai l'intention de diminuer le nombre de verres d'alcool que je bois au cours d'une même soirée entre amis.
- b. QRA8. Je pense que diminuer le nombre de verres d'alcool que je bois au cours d'une même soirée entre amis, **durant les 30 prochains jours**, serait une bonne chose.
- c. QRA9a. Mes parents m'approuveront si, **au cours des 30 prochains jours**, je diminue le nombre de verres d'alcool que je bois au cours d'une même soirée entre amis.
- d. QRA9b. Mes amis m'approuveront si, **au cours des 30 prochains jours**, je diminue le nombre de verres d'alcool que je bois au cours d'une même soirée entre amis.
- e. QRA10. **Au cours des 30 prochains jours**, il serait facile pour moi, de diminuer le nombre de verres d'alcool que je bois au cours d'une même soirée entre amis.
 1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

A tous

Annexe

Voici maintenant une série d'affirmations au sujet de la consommation d'alcool et des femmes enceintes. Merci d'indiquer la réponse qui correspond le mieux à votre opinion.

Rotation aléatoire des items

- a. QRA11. Pendant la grossesse, il est nécessaire, pour la santé du bébé, que la mère ne boive pas du tout d'alcool. *(A tous)*
- b. QRA12. La plupart des femmes enceintes ne boivent pas du tout d'alcool pendant leur grossesse. *(A tous)*
- c. QRA13. Si j'étais enceinte, les gens qui comptent pour moi me conseilleraient de ne pas boire du tout d'alcool. *(Si QCA1=1OU2OU3OU4OU5 ET SEXE=femme ET AGE=entre 18 et 40 ans)*
- d. QRA14. Si j'étais enceinte, il serait facile pour moi de ne pas boire du tout d'alcool. *(Si QCA1=1OU2OU3OU4OU5 ET SEXE=femme ET AGE=entre 18 et 40 ans)*
 1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

A tous

Module Toxicomanie *(toujours placé en dernier des modules thématiques)*

Nous allons maintenant aborder un sujet qui peut paraître assez personnel, il s'agit de votre consommation de cannabis. Aussi, avant d'aborder ce sujet nous souhaitons vous inviter à répondre aux questions de la façon la plus honnête possible afin d'assurer la qualité de cette étude. Nous vous garantissons que vos réponses resteront strictement anonymes et confidentielles.

QCTOX1. **Au cours de votre vie** avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

1. Oui
2. Non

Si QCTOX1=1

QCTOX2. Avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) au moins 1 fois **au cours des 30 derniers jours** ?

1. Oui
2. Non

Si QCTOX2=1

QCTOX3. Combien de fois avez-vous consommé du cannabis **au cours des 30 derniers jours** ?

Indiquer une réponse même approximative

Bornes de 1 à 600

Si >600 message d'erreur : Il n'est pas possible de saisir un nombre supérieur à 600

/ _ / _ / _ / _ / fois

Si AGE=entre 15 et 25 ans ET QCTOX1=2

Voici maintenant une série d'affirmations concernant la consommation de cannabis. Merci d'indiquer pour chacune, la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

Rotation aléatoire des items, sauf l'item (QRTOX1) d'intention qui reste toujours en premier

- a. QRTOX1. J'ai l'intention de rester non consommateur de cannabis.
- b. QRTOX2. Je pense qu'être non consommateur de cannabis est une bonne chose pour moi.
- c. QRTOX3a. Mes parents pensent que c'est bien si je reste non consommateur de cannabis.
- d. QRTOX3b. Mes amis pensent que c'est bien si je reste non consommateur de cannabis.
- e. QRTOX4. Il est facile pour moi de rester non consommateur de cannabis.
 1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

Si QCTOX3=ou>10

Voici maintenant une série d'affirmations concernant la consommation de cannabis. Merci d'indiquer pour chacune, la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

QRTOX5. **Au cours des 30 derniers jours**, j'ai diminué ma consommation habituelle de cannabis.

1. Oui, j'ai beaucoup diminué
2. Oui, j'ai un peu diminué
3. Non, je n'ai pas changé
4. Non, j'ai un peu augmenté
5. Non, j'ai beaucoup augmenté

Rotation aléatoire des items, sauf l'item (QRTOX6) d'intention qui reste toujours en premier

- a. QRTOX6. **Au cours des 30 prochains jours**, j'ai l'intention de diminuer ma consommation de cannabis
- b. QRTOX7. Je pense que diminuer ma consommation de cannabis, **au cours des 30 prochains jours**, serait une bonne chose pour moi
- c. QRTOX8a. Si je diminue ma consommation de cannabis, **au cours des 30 prochains jours**, mes parents m'approuveront
- d. QRTOX8b. Si je diminue ma consommation de cannabis, **au cours des 30 prochains jours**, mes amis m'approuveront

Annexe

- e. QRTOX9. **Au cours des 30 prochains jours**, il serait facile pour moi de diminuer ma consommation de cannabis
1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Ni d'accord ni en désaccord
 4. Plutôt pas d'accord
 5. Pas du tout d'accord

Si AGE=entre 15 et 25 ans

Module parentalité

Merci d'indiquer, pour chacune de ces affirmations la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

Rotation aléatoire des items

- a. QRP2. Avec ma mère, je parle des risques liés à la consommation de drogue comme par exemple le cannabis.
- b. QRP3. Avec mon père, je parle des risques liés à la consommation de drogue comme par exemple le cannabis.
- c. QRP4. Notre famille interdit la consommation de drogue comme par exemple le cannabis.
 1. Toujours ou presque
 2. Fréquemment
 3. Parfois
 4. Jamais

A tous

Module renseignement signalétiques2

RS9. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

1. Aucun diplôme / Certificat d'Études Primaires
2. BEPC - Brevet des collèges
3. CAP / BEP
4. BAC
5. BAC +2 et plus

RS10. Enfin, pourriez-vous indiquer le revenu mensuel net avant impôt de votre foyer, c'est-à-dire en comptant l'ensemble des ressources de votre foyer : les allocations familiales et les revenus professionnels de tous les membres du ménage y compris les heures supplémentaires, primes et 13ème mois, ainsi que les autres ressources financières de tous les membres du ménage : pension retraite, revenus fonciers mobiliers et immobiliers.

Annexe

Parmi les tranches suivantes, dans laquelle se situe le revenu mensuel net avant impôt de votre foyer ?

1. Moins de 499 Euros
2. De 500 à 749 Euros
3. De 750 à 999 Euros
4. De 1 000 à 1 499 Euros
5. De 1 500 à 1 999 Euros
6. De 2 000 à 2 499 Euros
7. De 2 500 à 2 999 Euros
8. De 3 000 à 3 499 Euros
9. De 3 500 à 4 499 Euros
10. De 4 500 à 5 999 Euros
11. De 6 000 à 7 499 Euros
12. De plus de 7 500 Euros
13. Vous ne savez pas ou ne voulez pas le dire