



L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois

MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois

MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION

Direction du développement des individus
et des communautés

Avril 2012

AUTEURS

Hélène Gagnon, Ph. D., conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Nicole April, M.D., M.P.H., FRCPC, médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Sébastien Tessier, M. Sc., agent de planification, programmation et recherche
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Natacha Brunelle, Ph. D., professeure
Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées, Université du Québec à Trois-Rivières
Chercheure régulière au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Jean-Sébastien Fallu, Ph. D., professeur agrégé
École de psychoéducation, Université de Montréal

Nancy Haley, M.D., FRCPC, M.A., médecin-conseil
Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Professeure titulaire de clinique, Université de Montréal

Pierre Paquin, BPs., M. Sc., agent de planification, programmation et de recherche
Responsable de la prévention des dépendances
Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Élisabeth Papineau, Ph. D., chercheure
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claude Roberge, M. Sc., conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Lucie Rochefort, M.D., M. Sc., médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Julie Colas, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de la santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-65379-0 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-65380-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION	3
1.1 Classification des pratiques de prévention	3
1.2 Classification des pratiques de prévention en matière de SPA.....	4
1.3 Définition de « meilleures pratiques ».....	5
1.4 Critères de planification des interventions et potentiel de succès	5
1.5 Conditions d'efficacité des pratiques de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire.....	6
2 OBJECTIF VISÉ PAR LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	9
3 MÉTHODOLOGIE.....	11
3.1 Processus de recherche documentaire	11
3.2 Sélection des articles	12
3.3 Classification des articles	12
4 RÉSULTATS	13
4.1 Pratiques de prévention qui visent les individus	13
4.1.1 Interventions dans les écoles	13
4.1.2 Interventions auprès des familles	14
4.1.3 Interventions à plusieurs composantes.....	15
4.1.4 Entretien motivationnel	16
4.1.5 Interventions de relation d'aide.....	17
4.1.6 Interventions visant des personnalités à risque	17
4.1.7 Interventions utilisant l'ordinateur	18
4.2 Pratiques de prévention qui visent les environnements et politiques publiques	20
4.2.1 Interventions dans les lieux de consommation	20
4.2.2 Interventions dans les milieux d'éducation postsecondaires.....	20
4.2.3 Accessibilité économique, physique et légale à l'alcool	21
4.2.4 Restrictions du marketing de l'alcool	22
4.2.5 Mesures dissuasives pour contrer l'alcool au volant	23
4.2.6 Politiques publiques au regard des drogues illicites.....	23
CONCLUSION.....	25
RÉFÉRENCES.....	27
ANNEXE 1 BANQUES DE DONNÉES CONSULTÉES ET PLATEFORMES ASSOCIÉES.....	35
ANNEXE 2 PROCÉDURE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	39

INTRODUCTION

Ce document constitue le troisième et dernier volet de l'état de situation sur l'usage de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes Québécois. Le premier volet, paru en 2009, présentait le portrait épidémiologique de la consommation de SPA chez les jeunes de 10 à 24 ans (Gagnon, 2009). Le deuxième, paru en 2010, présentait une mise à jour des connaissances quant aux conséquences pouvant être liées à l'usage de SPA chez les jeunes et aux facteurs qui permettent d'en expliquer l'usage (Gagnon & Rochefort, 2010).

Le présent volet traite des meilleures pratiques de prévention. Ce document rappelle d'abord les différentes classifications des pratiques de prévention et propose une définition des meilleures pratiques. Certains critères de planification et conditions d'efficacité sont ensuite présentés. L'objectif, la méthodologie et les résultats de la revue systématique de la littérature sur les pratiques de prévention en matière de SPA chez les jeunes, sont finalement décrits. Découlant des constats établis dans les deux premiers volets de cet état de situation, la recherche documentaire de cette revue de la littérature a mis l'accent sur les interventions visant la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes.

Rappelons que l'ensemble de l'état de situation s'inscrit dans le cadre d'une entente spécifique entre la Direction générale des services sociaux (DGSS), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Notons aussi que ce mandat découle de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011.

1 MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION

1.1 CLASSIFICATION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION

L'approche classique de classification des pratiques de prévention, qui date des années 50, propose trois catégories de pratiques en fonction de la présence ou non de la maladie et de ses conséquences (Commission on Chronic Illness, 1957) :

- les pratiques de prévention **primaire**, qui regroupent les interventions réalisées avant l'apparition de la maladie;
- les pratiques de prévention **secondaire**, qui regroupent la détection précoce de la maladie par les activités de dépistage ainsi que les interventions offertes après l'apparition des premiers signes de la maladie, mais avant la manifestation de conséquences négatives;
- et les pratiques de prévention **tertiaire** qui regroupent les interventions réalisées après la manifestation de conséquences négatives, dans le but de prévenir une plus grande détérioration.

Dans les années 80, Gordon (1983) propose une nouvelle classification qui regroupe les pratiques non pas en fonction de l'occurrence de la maladie et de ses conséquences, mais plutôt des cibles des interventions et des niveaux de risques associés. On parle alors de :

- pratiques de prévention **universelle**, qui regroupent les interventions qui s'adressent à la *population en général*, indépendamment du niveau de risque des individus;
- pratiques de prévention **sélective**, qui s'adressent à des *sous-groupes* de personnes ayant un risque élevé de développer un problème;
- pratiques de prévention **indiquée**, qui s'adressent à des *individus* qui présentent les premières manifestations d'un problème, sans satisfaire les critères diagnostics précis.

Dans leurs travaux sur les interventions sur les troubles mentaux, Mrazek et Haggerty (1994) inscrivent cette classification dans un continuum allant de la prévention universelle à la réadaptation (voir figure 1). Cette classification permet, entre autres, de poser une limite claire entre la prévention et le traitement.

Enfin, dans le champ de la santé publique, il importe d'inscrire les pratiques de prévention dans une perspective de promotion de la santé. La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer (Organisation mondiale de la Santé, 1986). Tel que défini dans la Charte d'Ottawa, les différentes actions pour promouvoir la santé sont : l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (Organisation mondiale de la Santé, 1986).

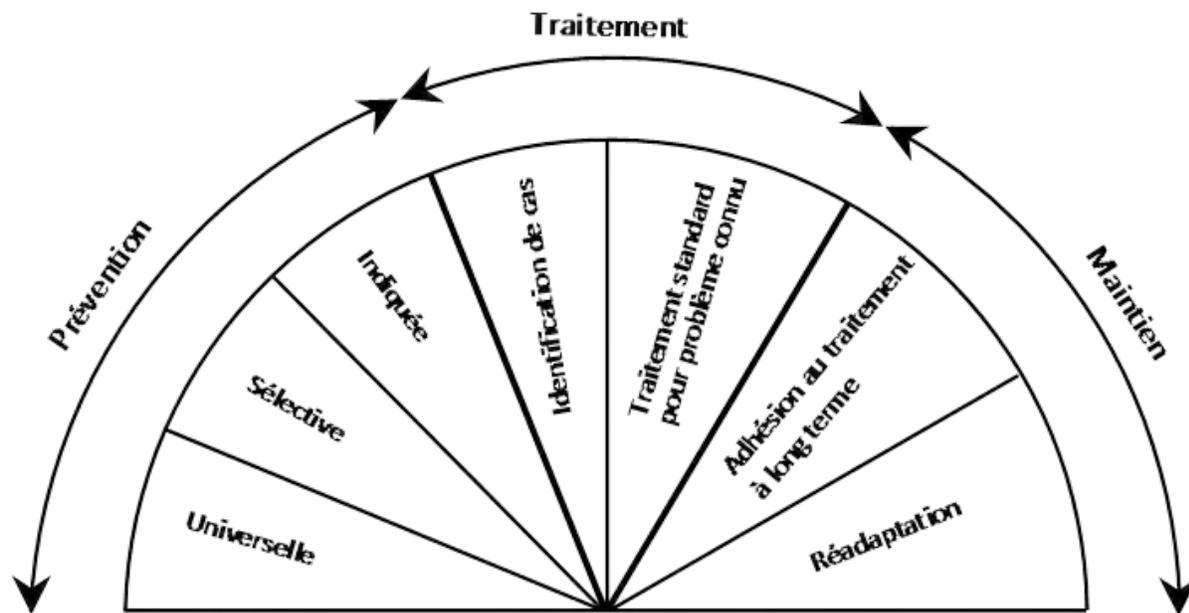


Figure 1 Spectre des interventions pour les troubles mentaux

Tirée de Mrazek et Haggerty (1994). Traduction libre.

1.2 CLASSIFICATION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SPA

À la lumière des définitions précédentes, les pratiques de prévention en matière de SPA chez les jeunes sont celles qui visent à prévenir les problèmes de santé physique, de santé mentale, ainsi que les conséquences psychosociales liées aux habitudes de consommation (voir volet 2 de l'état de situation). Les pratiques de prévention **universelle** sont celles qui sont destinées à un *ensemble de jeunes* indépendamment de leurs habitudes de consommation et de leur risque de développer des problèmes. Les pratiques de prévention **sélective** ciblent des *sous-groupes* de jeunes qui consomment ou non, mais qui sont particulièrement à risque de développer des problèmes s'ils consomment. Les pratiques de prévention **indiquée** s'adressent à des *individus* qui présentent les premiers signes de problèmes liés à leur consommation, sans satisfaire les critères diagnostics de la dépendance¹.

Ces différentes pratiques peuvent s'inscrire dans l'une ou l'autre des actions de promotion de la santé tel que défini dans la Charte d'Ottawa. Par exemple, les politiques, lois et règlements sur l'alcool ou les drogues s'adressent généralement à un ensemble de personnes indépendamment de leur niveau de risque, mais ils peuvent également viser des sous-groupes de personnes à risque. Il en est de même pour la création d'environnements favorables et la réorientation des services de santé. En ce qui a trait aux actions visant l'acquisition d'aptitudes individuelles, elles peuvent s'adresser autant à un ensemble de personnes indépendamment de leur niveau de risque, qu'à des sous-groupes ou des individus à risque.

¹ Ce qui peut correspondre aux feux jaunes du DEP-ADO (voir volet 1 de l'état de situation).

En matière de SPA, les pratiques qui ciblent les personnes qui consomment et qui ont comme objectifs de réduire la consommation ou les conséquences négatives liées à la consommation sans viser nécessairement l'abstinence sont considérées comme des interventions de réduction des méfaits.

1.3 DÉFINITION DE « MEILLEURES PRATIQUES »

Le terme « meilleures pratiques » de prévention est une traduction libre de « best practice », qui fait référence aux interventions développées à partir de critères reconnus pour augmenter leur potentiel d'efficacité. Cette terminologie découle du terme « empiriquement validé » (*empirically validated*) originalement proposé par un groupe de travail de l'American Psychological Association (Chorpita, 2003). À la suite de plusieurs critiques, ce terme fut remplacé par le terme « soutenu empiriquement » (*empirically supported*). Par la suite, les scientifiques ont progressivement utilisé les termes « pratiques basées sur les données probantes » (*evidence-based practice*) et « meilleures pratiques » (*best practice*) de façon interchangeable avec le concept de « soutenu empiriquement ».

Bien qu'il n'y ait pas de critères universels d'efficacité des interventions, plusieurs organisations nationales et internationales ont produit des listes de critères qu'ils ont identifiés à partir de différents niveaux de preuves (Chorpita, 2003). Ainsi, une intervention est considérée comme probablement efficace si une évaluation scientifique rigoureuse a montré des résultats positifs. Elle sera jugée efficace si au moins deux évaluations scientifiques ou plus en ont fait la démonstration. La durée des effets observés peut aussi être prise en considération (Gruner Gandhi et collab., 2007). Les caractéristiques de ces interventions dites efficaces seront alors considérées comme les meilleures pratiques.

Enfin, il ne faut pas déduire du terme « meilleures pratiques » que ces dernières ne peuvent pas être améliorées ou que les pratiques non évaluées sont d'emblée moins efficaces. Certaines interventions n'ayant pas fait l'objet d'évaluation scientifique pourraient s'avérer être de très bonnes pratiques de prévention.

1.4 CRITÈRES DE PLANIFICATION DES INTERVENTIONS ET POTENTIEL DE SUCCÈS

Certains critères de planification sont connus pour augmenter le potentiel de succès des interventions en promotion de la santé (Bartholomew et collab., 2011; Godin et collab., 2007). Ces critères peuvent se résumer ainsi :

- le problème visé est bien défini, c'est-à-dire que les déterminants individuels et environnementaux sur lesquels il faut agir sont identifiés, puis retenus en fonction de leur importance et de leur potentiel de changement;
- les objectifs d'intervention sont en lien avec ces déterminants;
- les méthodes et stratégies d'intervention retenues reposent sur des bases théoriques;
- le contenu et les séquences d'intervention (durée, intensité) tiennent compte des paramètres théoriques des méthodes;
- les étapes d'implantation sont planifiées et soutenues par les partenaires;
- les protocoles d'évaluation sont établis avant l'implantation des interventions;

- toutes ces étapes se réalisent avec la participation des partenaires et des clientèles visées.

D'autres auteurs ont précisé l'importance de la collaboration des partenaires et clientèles cibles dans tous les aspects du développement des interventions pour s'assurer que les pratiques soient adaptées aux contextes spécifiques d'implantation (Bond & Hauf, 2007). Cette collaboration est une bonne pratique en soi.

En ce qui a trait particulièrement aux jeunes, Laventure et collab. (2010) soulignent que les programmes de prévention doivent reposer sur des théories développementales solides et avoir comme cible l'ensemble des facteurs reconnus comme étant reliés à l'apparition et au maintien d'un problème de consommation. Dans le même sens, Griffin & Botvin (2010) rappellent que les interventions les plus efficaces sont celles qui ciblent les plus importants facteurs de risque et de protection liés aux individus, aux familles et aux communautés et qui sont guidées par des théories qui tiennent compte des causes de l'usage ou de l'abus des substances.

1.5 CONDITIONS D'EFFICACITÉ DES PRATIQUES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION EN CONTEXTE SCOLAIRE

L'équipe École en santé de l'INSPQ a récemment développé un cadre d'analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention destinées aux jeunes d'âge scolaire, qui propose un ensemble de conditions à respecter pour s'assurer d'une plus grande efficacité des interventions (Roberge & Choinière, 2009). Elle a, de plus, produit une synthèse des recommandations internationales et nationales provenant des champs de l'éducation, de la santé et des sciences sociales sur les pratiques efficaces de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire (Palluy et collab., 2010). De même, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie a établi un ensemble de normes pour renforcer la qualité des programmes canadiens de prévention de la toxicomanie destinés aux jeunes (CCLAT, 2010a; CCLAT, 2010b; CCLAT, 2011). Les conditions d'efficacité qui émergent de ces analyses sont les suivantes :

- Les pratiques doivent être **planifiées** :
 - les interventions doivent être construites à partir d'objectifs clairs, répondant à des besoins réels et déterminés selon les priorités de santé et de bien-être du milieu (école, communauté, famille);
 - les façons d'intervenir retenues doivent être cohérentes avec les objectifs;
 - un mécanisme d'évaluation doit être prévu pour assurer l'atteinte des objectifs visés.
- Les pratiques doivent être **globales** :
 - elles doivent permettre d'agir simultanément à plusieurs niveaux : école, famille et communauté, faisant appel à une combinaison judicieuse de stratégies diversifiées, se renforçant mutuellement et de façon complémentaire;
 - les interventions doivent agir sur les principaux facteurs de risque et de protection du développement des jeunes sur les plans individuels (par exemple : l'estime de soi, les compétences sociales, les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires)

et environnementaux (par exemple : environnement scolaire, communautaire ou familial).

- Les interventions doivent être menées **en concertation avec les partenaires** des différents milieux (école, famille et communauté) tout en respectant le mandat de chacun, de façon à planifier et déployer des interventions cohérentes et coordonnées.
- Les interventions doivent être déployées de façon **intensive et continue** en milieu scolaire, familial et communautaire, et tout au long du cheminement des jeunes afin de favoriser le développement de compétences personnelles et sociales. Elles ne devraient pas se limiter à des interventions ponctuelles.
- Les interventions doivent proposer des **contenus appropriés et adaptés** :
 - les interventions sont déployées au moment opportun en fonction des caractéristiques propres aux différentes phases de développement des jeunes (selon les cycles d'enseignement primaire et secondaire lorsqu'en contexte scolaire);
 - les interventions font appel à des approches, pratiques et méthodes pédagogiques favorisant le développement des compétences;
 - les interventions s'appuient sur des fondements scientifiques et sont reconnues pertinentes selon les recommandations d'experts;
 - les interventions sont exemptes d'effets paradoxaux, c'est-à-dire qu'elles n'entraînent pas d'effets contraires à ce qui est escompté.
- Les interventions doivent favoriser **l'engagement actif des jeunes** :
 - les interventions ont comme point de départ les connaissances et conceptions des jeunes;
 - elles tiennent compte de leurs intérêts et motivations;
 - les interventions amènent les jeunes à faire des choix, prendre des responsabilités, participer à l'élaboration de projets, utiliser leur créativité, développer leur sens de l'initiative, se questionner et à s'auto évaluer.
- Les interventions doivent avoir des caractéristiques qui allient souplesse (capacité de reproduire l'intervention dans plusieurs contextes), accessibilité (caractéristiques facilitant l'utilisation de l'intervention) et faisabilité (caractéristiques favorisant l'implantation de l'intervention) pour faciliter l'implantation selon la réalité de l'école (ou du milieu).

Enfin, il faut se rappeler qu'aucune intervention ne peut, à elle seule, répondre à toutes les conditions d'efficacité des pratiques de promotion de la santé et de prévention. C'est plutôt l'ensemble des interventions déployées dans un milieu, qu'elles soient réalisées auprès des jeunes eux-mêmes, de leur famille, à l'école, dans la communauté ou au niveau des environnements et des politiques publiques, qui contribuera ultimement à l'atteinte des objectifs de prévention.

2 OBJECTIF VISÉ PAR LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette revue de la littérature scientifique vise à identifier les interventions efficaces pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis des jeunes de 10 à 24 ans ainsi que les conséquences négatives de cette consommation. Ces interventions peuvent s'inscrire dans des pratiques de prévention universelle, sélective ou indiquée ainsi que dans l'une ou l'autre des actions de promotion de la santé.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 PROCESSUS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Pour procéder à une revue exhaustive de la littérature, trois concepts clés ont d'abord été identifiés pour initier le processus de recherche documentaire. On s'intéressait à une **population** de jeunes âgés entre 10 et 24 ans ainsi qu'à différentes **pratiques** qui touchaient la **consommation** de substances, particulièrement l'alcool et le cannabis. Des mots clés ont été identifiés pour chacun des concepts, créant ainsi une première requête structurée (tableau 1).

Tableau 1 Liste des mots clés par concept

Concepts	Mots clés
Population	<i>youth, young people, adolescent, young adults, teenager</i>
Pratiques	<i>intervention, best practice, strategy, approach, policy, program, prevention, evaluation, promotion, education</i>
Consommation	<i>cannabis, marijuana, alcohol abuse, binge drinking, binge drink, bingeing, bingeing, alcoholic binge</i>

Cette requête a été soumise aux moteurs de recherche de 7 plateformes cumulant un total de 31 bases de données (voir la liste des plateformes et des bases de données à l'annexe 1). Ces plateformes couvrent un ensemble de disciplines pouvant être liées au sujet à l'étude.

La logique booléenne a été utilisée pour lancer la recherche documentaire sur les différentes plateformes de recherche. Les différents mots clés ont donc été reliés par les opérateurs booléens habituels (AND et OR). Dû à la possible perte d'articles pertinents, l'opérateur « NOT » n'a pas été utilisé. Par ailleurs, d'autres techniques ont été utilisées afin d'optimiser les résultats. Premièrement, comme plusieurs opérateurs ont été utilisés, des parenthèses ont été ajoutées aux requêtes. Ensuite, l'astérisque (*) a été utilisé pour la troncature des mots clés utilisés (ex. : *strateg**). Finalement, les guillemets ont été utilisés pour chercher des expressions exactes (ex. : « *binge drinking* »). Enfin, puisqu'une attention particulière devait être portée aux méta-analyses, aux revues systématiques et aux essais randomisés, les mots clés suivants ont été ajoutés aux requêtes : « *meta-analytic* », « *meta-analysis* », « *systematic review* » et « *randomized* ».

Dans un premier temps, pour la recherche des méta-analyses et revues systématiques, deux requêtes ont été lancées dans chacune des plateformes de recherche, soit une sur l'alcool et une sur le cannabis. Toutes les études publiées et révisées par un comité de pairs ont été recensées. Tout autre document tel les résumés de conférence, mémoires de maîtrise ou thèses de doctorat ont été exclus. Certains sujets d'exclusion ont aussi été imposés lorsque possible, c'est-à-dire pour quatre des sept plateformes (voir procédure de recherche documentaire à l'annexe 2).

3.2 SÉLECTION DES ARTICLES

Au total, 2 425 méta-analyses et revues systématiques ont été recensées. Suite à la lecture des titres, et si nécessaire des résumés ou tables des matières de ces articles, ceux n'étant pas en lien direct avec les trois concepts de la requête ont été éliminés. À cette étape, 195 articles ont été jugés pertinents (112 pour l'alcool et 83 pour le cannabis). Ces résultats ne tiennent pas compte des doublons possibles entre les bases de données, ceux-ci ayant été traités directement dans le logiciel de gestion de références Reference Manager. Après avoir éliminé les doublons et ajouté quelques articles tirés des références consultées, 122 articles ont été retenus. Finalement, une limite temporelle à partir de 2005 a été précisée pour limiter le nombre d'articles recensés d'une part, mais aussi parce que les méta-analyses et revues systématiques publiées avant 2005 avaient probablement été incluses dans les analyses précédentes de Roberge et Choinière (2009) et du CCLAT (CCLAT, 2010a; CCLAT, 2010b; CCLAT, 2011). Un total de dix méta-analyses et 28 revues systématiques ont été consultées.

Pour les essais randomisés, la même procédure de recherche a été réalisée en ciblant les années 2010 et 2011 dans les quatre principales plateformes de recherche. Les essais randomisés publiés avant 2010 étant probablement inclus dans les méta-analyses et revues récentes. De plus, ces publications très récentes devaient permettre d'identifier les nouvelles tendances dans les interventions de prévention. Un total de 42 articles a ainsi été identifié (20 pour l'alcool, 22 pour le cannabis). Après avoir éliminé les doublons et les articles non pertinents de par leur contenu, 22 essais randomisés ont aussi été consultés.

Certains documents issus de la littérature grise ont finalement été identifiés comme étant des incontournables par des membres du comité d'accompagnement scientifique (voir la liste des collaborateurs au début du document). Il s'agit notamment des travaux d'experts sur les politiques publiques en matière de SPA (Babor et collab., 2010b; Babor et collab., 2010a; Organisation mondiale de la Santé, 2007; Organisation mondiale de la Santé, 2010).

3.3 CLASSIFICATION DES ARTICLES

Les articles ont d'abord été classés selon qu'il s'agissait de méta-analyses, de revues systématiques de la littérature et d'essais randomisés. Une première lecture a permis de faire un regroupement des pratiques selon qu'elles visaient les jeunes comme tels et leurs parents ou encore les environnements dans lesquels ils évoluent et les politiques qui peuvent influencer leurs comportements de consommation. Dans la littérature recensée, les jeunes et les parents sont visés principalement par des pratiques de prévention universelle, déployées dans les écoles, auprès des familles ou les deux à fois; et par des pratiques de prévention sélective ou indiquée faisant appel à différentes méthodes d'intervention. En ce qui a trait aux interventions ciblant les environnements, la littérature récente rapporte l'efficacité de certaines pratiques implantées dans les lieux de consommation et dans les milieux d'éducation postsecondaires ainsi que certaines politiques publiques sur l'alcool, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité économique, physique et légale à l'alcool, à la restriction du marketing de l'alcool et à certaines mesures de dissuasions pour contrer l'alcool au volant. Finalement, les enjeux de politiques publiques au regard des drogues illicites seront abordés. Les résultats sont rapportés en fonction de ces différentes catégories.

4 RÉSULTATS

4.1 PRATIQUES DE PRÉVENTION QUI VISENT LES INDIVIDUS

4.1.1 Interventions dans les écoles

Les pratiques de prévention en milieu scolaire qui semblent les plus efficaces pour prévenir l'usage de drogues sont celles qui sont offertes de façon interactive, qui visent le développement de compétences sociales et personnelles et qui sont implantées dans une perspective à long terme. Elles enseignent entre autres aux jeunes des moyens pour refuser l'offre de drogues, résister à l'influence de ceux qui sont favorables aux drogues et corriger les fausses perceptions quant à l'usage (Botvin & Griffin, 2007; Griffin & Botvin, 2010).

Dans leur revue systématique de six interventions destinées à des adolescents de 10 à 15 ans dans les milieux scolaires, Lemstra et collab. (2010) indiquent que les programmes les plus efficaces sont ceux qui intègrent l'acquisition de connaissances à d'autres objectifs : développer la capacité de refuser (réseautage avec des adolescents non utilisateurs), développer les compétences d'autogestion (compétence pour se protéger, communication, affirmation de soi, résolution de problèmes et développement des compétences sociales), développer les habilités d'adaptation, la capacité d'établir des objectifs, d'identifier des solutions de rechange. Le counseling par les pairs ainsi que la collaboration et l'engagement de la communauté sont aussi des facteurs de succès.

La revue systématique très récente de Foxcroft & Tsertsvadze (2011c) analyse les interventions de prévention universelle dans les écoles pour prévenir l'abus d'alcool. Certaines de ces interventions visent essentiellement à réduire l'abus d'alcool et d'autres touchent aussi l'usage ou l'abus d'autres drogues ainsi que des comportements antisociaux. Les impacts positifs observés sont le plus souvent sur la réduction de l'ivresse et la consommation excessive d'alcool (*binge drinking*). Les interventions qui touchent d'autres drogues et les comportements antisociaux semblent avoir un meilleur impact à long terme que celles qui visent seulement à réduire l'abus d'alcool. Enfin, les auteurs ne peuvent pas dégager de modèle clair dans les caractéristiques des programmes qui permettrait de distinguer les études avec impacts positifs de celles sans impact.

Deux essais randomisés récents montrent des effets positifs d'interventions basées sur les influences sociales pour retarder la progression vers une consommation d'alcool plus fréquente et pour réduire l'occurrence de problèmes liés à l'alcool (Caria et collab., 2011; Faggiano et collab., 2010).

Certains programmes offerts dans les écoles visent particulièrement à réduire l'alcool au volant ou le fait de monter à bord d'un véhicule avec un conducteur qui a bu. La revue réalisée par Elder et collab. (2005) indique que les interventions ont une certaine efficacité pour réduire le fait d'embarquer avec un conducteur ivre, mais il n'y a pas de preuve d'efficacité pour réduire l'alcool au volant. Ces interventions abordent les influences sociales, le développement de l'estime de soi et le développement de compétences.

Dans leur méta-analyse de 15 interventions en milieu scolaire visant la réduction de l'usage de cannabis chez les 12 à 19 ans, Porath-Waller et collab. (2010) observent que les objectifs visés par les interventions, les méthodes utilisées, les formateurs choisis et l'âge des jeunes sont autant de modérateurs possibles de l'efficacité des programmes. Plus particulièrement, les interventions qui se basent uniquement sur le modèle de l'influence sociale semblent moins efficaces que les interventions qui s'inspirent de plusieurs modèles théoriques, en plus du modèle des influences sociales. Les programmes d'une durée de 15 sessions et plus et qui sont offerts par des personnes autres que les enseignants et de façon interactive en laissant la place à la participation des jeunes (plutôt qu'une présentation didactique) ont aussi un meilleur effet. Le nombre de sessions est plus important que la durée en mois de l'exposition à l'intervention. Enfin, les programmes qui visent les plus vieux (14 ans et plus) semblent plus efficaces que ceux qui visent les moins de 14 ans.

De l'avis de Petrie et collab. (2007), la transition entre le primaire et le secondaire serait un bon temps pour intervenir. Mais doit-on intervenir dès l'école primaire? Hopfer et collab. (2010) ont analysé 24 interventions implantées dans les écoles primaires, certaines ne portant que sur la prévention du tabagisme. Les auteurs indiquent qu'un nombre important de ces programmes montrent des effets significatifs sur les précurseurs de l'usage de substances : augmentent les attitudes négatives envers l'alcool et les autres drogues, renforcent les capacités de résistance, favorisent le développement de normes, diminuent les fausses perceptions et permettent de réduire l'usage. Cette revue de la littérature supporte la mise en place de programmes de prévention de l'usage de substances dès l'école primaire. Par contre, les auteurs ne sont pas capables de conclure à quel niveau il convient d'introduire le contenu spécifique sur les drogues. Ils conviennent que les programmes doivent maximiser les effets protecteurs et minimiser les effets pervers possibles. Ces auteurs suggèrent que les interventions doivent viser la capacité de résister à la pression des pairs en utilisant des exemples sur d'autres sujets que les drogues. Selon eux, éviter de faire mention explicite des drogues permettra d'éviter les effets pervers. Enfin, Soole et collab. (2008) ne peuvent conclure sur le stade de développement optimal pour intervenir.

Concernant le choix du formateur, les données à ce sujet semblent modérées par d'autres facteurs comme l'interactivité, mais de façon générale, les professionnels semblent surpasser les pairs et les professeurs, et en l'absence d'un professionnel, la co-animation entre un professeur et un pair semble préférable (Soole et collab., 2008).

4.1.2 Interventions auprès des familles

Les interventions familiales visent en général à développer des compétences parentales et à aider au bon fonctionnement de la famille, à la communication et à l'instauration de règles familiales au regard de l'usage des substances (Griffin & Botvin, 2010). La méta-analyse de Smit et collab. (2008) porte sur 18 interventions familiales visant à réduire la consommation d'alcool des adolescents en général. Les auteurs observent un effet positif de ces interventions familiales pour retarder l'âge d'initiation et pour réduire la fréquence de consommation d'alcool chez les jeunes. Ils soulignent par contre la difficulté de rétention des familles à risque élevé.

Foxcroft & Tsertsvadze (2011a) ont aussi réalisé une revue systématique sur les interventions familiales pour prévenir l'abus d'alcool chez les jeunes de 18 ans et moins. Ils ont identifié 12 interventions ciblant le développement de compétences, le soutien parental, l'établissement de limites et de règles claires ainsi que la supervision parentale. La résistance à l'influence, le développement des normes et l'affiliation à des pairs positifs sont aussi visés dans les interventions familiales. La majorité des études rapportent des résultats positifs pour prévenir l'abus d'alcool chez les jeunes (retarder l'âge d'initiation, réduire la fréquence/quantité d'alcool et le fait d'avoir été saoul dans la dernière année). Dans la revue de Gates et collab. (2009), les interventions familiales montrent aussi des bénéfices pour prévenir l'usage de cannabis. En ce qui a trait à la supervision parentale, Fallu et collab. (2010) montrent que l'effet positif dépend de la qualité de la relation parent enfant. Ils suggèrent de tenter d'agir simultanément sur la qualité de la relation et la supervision parentale.

De façon générale, la taille de l'effet des interventions familiales est modeste, mais consistante et persistante à moyen et long terme (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a). Les auteurs rappellent que ces interventions sont d'autant plus importantes, sachant qu'un petit effet d'une intervention universelle (par exemple, retarder l'âge d'initiation) peut être socialement très rentable.

Récemment, Koning et collab. (2011) ont comparé les effets d'une intervention visant à encourager les parents à adopter des règles plus restrictives concernant la consommation d'alcool de leurs adolescents; les effets d'une intervention destinée aux jeunes et visant à accroître la perception du contrôle et à modifier l'attitude par rapport à l'alcool; et les effets de ces deux interventions combinées. Les résultats montrent des effets substantiels et significatifs seulement lorsque les interventions sont combinées.

4.1.3 Interventions à plusieurs composantes

Petrie et collab. (2007) ont analysé 22 programmes destinés aux parents pour la prévention des mauvais usages du tabac, de l'alcool et des autres drogues chez les moins de 18 ans. Les interventions les plus intéressantes sont celles qui avaient été développées pour le milieu scolaire, mais avec un volet parents et où ces derniers avaient été impliqués dans leur élaboration. Ces programmes visaient à développer des stratégies pour impliquer les adolescents dans les activités familiales, maintenir un bon climat familial et gérer les conflits plutôt que mettre l'emphase sur les mauvais usages de substances.

La troisième et dernière revue systématique de Foxcroft & Tsertsvadze (2011b) porte sur les interventions universelles à plusieurs composantes, c'est-à-dire qui sont implantées dans différents milieux, pour prévenir l'abus d'alcool chez les jeunes de 18 ans et moins. Vingt études visant des interventions réalisées conjointement à l'école et dans les familles font partie de leurs analyses. Dans les écoles, l'intervention prend la forme d'éducation sur les risques, de développement de compétences sociales et de la capacité de résistance à l'influence des pairs, de *feedback* normatif, de développement de normes comportementales et d'affiliation à des pairs positifs. Dans les familles, les interventions visent surtout le soutien parental, l'établissement de limites et de règles claires et la supervision parentale. Douze études sur 20 rapportent une réduction de l'usage comparativement à un groupe témoin,

mais seulement une étude montre le bénéfice ajouté de plusieurs composantes au programme. Les auteurs concluent à l'évidence que les interventions à plusieurs composantes peuvent être efficaces, mais pas nécessairement plus que des interventions à composante simple.

Hill (2008) a identifié six programmes réalisés en dehors des écoles qui montrent une réduction significative de l'usage de substances. Il s'agit surtout de programmes scolaires qui ont été adaptés à d'autres milieux. Ces programmes touchent les influences sociales, le développement de compétence, la formation de l'identité personnelle et l'empowerment. Ils sont principalement basés sur les théories de l'apprentissage social et de l'action raisonnée. Les stratégies liées à ces théories visent à renforcer les normes antidrogue et à apprendre à reconnaître et à résister à la pression sociale ainsi qu'à gérer les situations à risque. Les interventions doivent être adaptées aux valeurs, normes et structure du milieu dans lequel elles sont implantées. Leurs conclusions : intervenir là où les jeunes se trouvent, en respect du développement des jeunes et de leur niveau de risque.

Cheon (2008) a identifié quelques critères d'efficacité des pratiques en milieu communautaire dans son analyse de 12 programmes implantés dans la communauté. Dans une perspective écologique, il suggère de proposer des activités de rechange structurées, d'impliquer les familles, de mobiliser les communautés et de développer un plaidoyer médiatique. Dans une perspective clientèle, il faut des objectifs articulés pour les jeunes à risque, qui sont adaptés au développement et à l'âge du jeune, qui visent à développer les compétences pour accroître la résilience, et ce, dans le respect de la diversité et de la différence.

4.1.4 Entretien motivationnel

Carey et collab. (2007) ont étudié 62 interventions individuelles visant à réduire l'usage d'alcool chez des étudiants. De ces analyses, les auteurs concluent que les interventions utilisant l'entretien motivationnel et le *feedback* normatif sont les plus efficaces. Aussi, les interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupes chez les étudiants buveurs.

Bender et collab. (2011) ont étudié 15 interventions pour réduire l'usage de cannabis chez les adolescents. Ils ont observé des effets modérés et similaires pour les interventions individuelles et familiales. L'intervention motivationnelle et les approches cognitivo-comportementales ont en général un bon effet pour réduire l'usage de cannabis. Par contre, certaines études rapportent aussi des effets faibles ou modérés de ces méthodes. De façon générale, les effets tendent à décliner avec le temps. Les auteurs suggèrent, en conclusion, l'importance d'interpeller les membres de la famille dans les interventions.

Concernant l'entretien motivationnel, Lundahl et collab. (2010) ont fait l'analyse de plus de 100 études qui visaient différents comportements, dont l'usage de substances. De cette méta-analyse, les auteurs concluent que l'entretien motivationnel contribue aux effets positifs du counseling. Plus particulièrement concernant l'usage de drogues chez les adolescents, l'analyse de 21 articles par Jensen et collab. (2011) indique un effet petit, mais significatif à court et long terme de l'entretien motivationnel. Ces effets positifs sont observés pour une

variété de substances (tabac, alcool, cannabis, drogues illicites), de durée et de nombre de sessions, de lieux d'interventions et de types d'intervenants.

Une revue systématique de 59 interventions portant sur l'efficacité de l'entretien motivationnel pour réduire l'abus ou l'usage et pour favoriser la motivation au changement conclut que, de façon générale, les personnes qui ont reçu l'entretien motivationnel ont davantage réduit leur usage de substances que les personnes qui n'ont pas reçu cette intervention (Smedslund et collab., 2011). Les auteurs précisent qu'il n'y a pas suffisamment de données pour conclure aux effets de l'entretien motivationnel sur la motivation au changement.

En ce qui a trait aux essais randomisés, une récente étude d'impact d'une intervention brève auprès d'usagers d'alcool a montré des effets mitigés (Gaume et collab., 2011). Cette intervention, d'une durée d'environ 20 minutes et inspirée des principes de l'entretien motivationnel, a effectivement eu un effet préventif sur les consommateurs d'alcool à faible risque en aidant les jeunes à maintenir ce modèle de consommation. Par contre, dans cette même étude, les effets auprès des jeunes qui consomment de façon excessive sont moins concluants. Une autre étude arrive à des conclusions inverses alors qu'on y observe un changement significatif chez les jeunes qui consomment de façon excessive, mais aucun effet pour maintenir une consommation à faible risque (Daeppen et collab., 2011). Pour le cannabis, une étude utilisant le *feedback* et l'entretien motivationnel a montré une réduction de l'usage et un maintien de cette réduction dans le temps chez des adolescents (Walker et collab., 2011). Une autre montre des effets positifs d'une intervention brève à deux séances destinées à des jeunes femmes de 18 à 24 ans qui ne sont pas en traitement (Stein et collab., 2010). Cette intervention aide à réduire l'usage de cannabis et semble plus efficace et durable pour les femmes qui souhaitent arrêter de consommer. Une dernière étude fait état d'une intervention brève (deux sessions) destinée à des adolescents identifiés comme des consommateurs abusifs d'alcool et de drogues (Winters et collab., 2011). Elle montre des effets positifs, particulièrement lorsqu'une session supplémentaire est offerte aux parents.

4.1.5 Interventions de relation d'aide

Des auteurs ont analysé quatre études portant sur le mentorat pour prévenir l'usage de drogue et d'alcool chez les adolescents (Thomas et collab., 2011). Le mentorat est une forme de relation d'aide dans laquelle une personne offre un soutien et une assistance concrète à l'autre. Cette stratégie est basée sur le partage d'expérience et d'expertise sans attente de gain personnel de la part du mentor. Deux de ces études rapportent une réduction du taux d'initiation à l'alcool et une étude rapporte une réduction de l'initiation aux drogues. Aucun effet pervers n'a été identifié.

4.1.6 Interventions visant des personnalités à risque

De récentes évaluations d'interventions qui ciblent certains traits de personnalité associés à un risque accru d'abus de substances (recherche de sensations fortes, anxieux, impulsifs, désespérés) et non les comportements de consommation comme tels montrent des effets

intéressants pour réduire l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents (Conrod et collab., 2010; Conrod et collab., 2011; O'Leary-Barrett et collab., 2010).

4.1.7 Interventions utilisant l'ordinateur

En ce qui a trait à l'utilisation de l'ordinateur pour les interventions préventives en matière de SPA, Carey et collab. (2009) ont analysé 43 interventions qui visent à réduire l'usage d'alcool chez des étudiants. Ils indiquent que ces interventions ont des effets statistiquement significatifs lorsque comparés à des groupes sans intervention, mais les effets sont équivalents lorsque comparés à des groupes avec une autre forme d'intervention. Dans le même sens, dans leur méta-analyse de 34 interventions utilisant l'ordinateur et visant à réduire la consommation de tabac et d'alcool, Rooke et collab. (2010) indiquent des effets comparables à ceux obtenus pour une intervention brève en contexte non clinique. Notez que dans cette dernière revue, les interventions analysées ne visaient pas exclusivement des jeunes. Les auteurs concluent tout de même que les interventions par ordinateur peuvent avoir un bon rapport coût-efficacité et un apport valable pour la prévention primaire et secondaire de l'usage des substances.

Dans leur revue de 16 interventions Web pour réduire l'usage d'alcool, Tait & Christensen (2010) ont aussi identifié un effet équivalent à une rencontre brève en individuel. Ces auteurs soulignent l'avantage qu'offre le Web de pouvoir rejoindre une plus grande proportion de la population. L'utilisation du Web est particulièrement intéressante pour les groupes qui sont moins susceptibles de consulter les services traditionnels; c'est le cas des femmes, des jeunes et des usagers à risque (White et collab., 2010).

Le *feedback* normatif personnalisé par ordinateur semble une intervention prometteuse (White et collab., 2010). Dans leur revue Cochrane de 22 interventions portant sur les normes sociales pour réduire le mauvais usage d'alcool chez les étudiants de 15 à 24 ans, Moreira et collab. (2010) arrivent aux conclusions suivantes : réduction significative des problèmes reliés à l'alcool avec le *feedback* par ordinateur, mais pas d'effet pour le *feedback* par courrier ou par rencontres individuelles ou de groupe. Des effets significatifs du *feedback* par ordinateur sont aussi notés pour diminuer la fréquence de consommation, la quantité et la consommation excessive.

Parmi les 22 essais randomisés publiés en 2010 et 2011 et identifiés dans la revue de la littérature, neuf portaient sur l'utilisation du Web ou de l'ordinateur dans l'intervention sur les SPA. Cinq sont spécifiques à l'alcool, dont une qui s'adressait aux parents (Donovan et collab., 2012; Doumas & Hannah, 2008; Paschall et collab., 2011; Schinke et collab., 2010; Schwinn & Schinke, 2010; Spijkerman et collab., 2010), deux portent sur le cannabis (Lee et collab., 2010; Tossmann et collab., 2011), une sur l'alcool et le cannabis (Newton et collab., 2010) et une dernière sur plusieurs drogues mais s'adressant spécifiquement aux jeunes filles (Schwinn et collab., 2010). Tous rapportent un potentiel intéressant de l'utilisation de l'ordinateur pour la prévention en matière de SPA.

En résumé :

- En milieu scolaire :
 - les interventions qui se basent uniquement sur le modèle de l'influence sociale semblent moins efficaces que les interventions qui s'inspirent de plusieurs modèles théoriques, en plus du modèle des influences sociales;
 - les objectifs visés par les interventions, les méthodes utilisées, les formateurs choisis et l'âge des jeunes sont autant de modérateurs possibles de l'efficacité des programmes;
 - les programmes les plus efficaces sont ceux qui intègrent l'acquisition de connaissances à d'autres objectifs : développer la capacité de refuser, les compétences d'autogestion, les habiletés d'adaptation, la capacité d'établir des objectifs et d'identifier des activités de rechange;
 - de façon générale, le nombre de sessions est plus important que la durée en mois de l'exposition;
 - la transition entre le primaire et le secondaire serait un bon temps pour intervenir en prévention.
- En milieu familial :
 - les interventions familiales visent, en général, à développer des compétences parentales et aider au bon fonctionnement de la famille, à la communication et à l'instauration de règles familiales au regard de l'usage des substances;
 - de façon générale, la taille de l'effet des interventions familiales est modeste, mais consistante et persistante à moyen et long terme;
 - l'effet positif de la supervision parentale dépend de la qualité de la relation parent enfant;
 - les programmes qui visent à développer des stratégies pour impliquer les adolescents dans les activités familiales, maintenir un bon climat familial et gérer les conflits semblent plus intéressants que ceux qui mettent l'emphase sur les mauvais usages de substances.
- L'entretien motivationnel et les approches cognitivo comportementales ont, en général, un bon effet à court terme pour réduire l'usage d'alcool et de cannabis :
 - certaines études rapportent cependant des effets faibles de ces méthodes;
 - de façon générale, les effets tendent à décliner avec le temps.
- Les interventions utilisant l'ordinateur peuvent avoir un bon rapport coût-efficacité et un apport valable pour la prévention primaire et secondaire de l'usage des substances.
- L'utilisation du Web est particulièrement intéressante pour rejoindre une plus grande proportion de la population ou des groupes qui sont moins susceptibles de consulter les services traditionnels.

4.2 PRATIQUES DE PRÉVENTION QUI VISENT LES ENVIRONNEMENTS ET POLITIQUES PUBLIQUES

4.2.1 Interventions dans les lieux de consommation

Bolier et collab. (2011) ont fait la revue de 17 études expérimentales pour prévenir l'abus d'alcool et autres drogues par des interventions dans les lieux de consommation. Ces interventions visent, entre autres, à former les serveurs des établissements. De façon générale, ils ont noté des effets potentiels de ces interventions pour réduire l'usage d'alcool à risque, les blessures liées aux accidents et aux attaques, l'accès aux mineurs, les services aux personnes intoxiquées et les crimes violents. Ces interventions ont des effets positifs sur les connaissances des serveurs et sur le nombre d'accidents de la route. Par contre, elles ne montrent pas d'effets sur les taux d'alcoolémie et le nombre d'offenses pour alcool au volant. Les auteurs concluent au succès potentiel de ce type d'intervention pour réduire les méfaits liés à la consommation. Ils notent cependant peu de soutien pour la coordination et l'implantation de ces programmes et peu d'études rigoureuses sur les interventions visant l'application des réglementations comme le fait de refuser le service aux personnes mineures ou aux personnes intoxiquées. Ils rappellent finalement que l'intervention dans les bars n'est pas suffisante puisque plusieurs jeunes commencent à boire avant d'aller dans les bars.

L'analyse d'Akbar et collab. (2011) de 14 études évaluatives de stratégies implantées dans les bars, clubs, discothèques, festivals et *party rave* pour réduire les méfaits associés à différentes substances, ne permet pas de conclure à l'efficacité de ces programmes. Les auteurs soulignent tout de même que ces lieux d'intervention offrent des opportunités pour l'implantation de pratiques de prévention sélective.

4.2.2 Interventions dans les milieux d'éducation postsecondaires

La présente revue de la littérature n'a pas mis en évidence d'écrits traitant spécifiquement des politiques scolaires ou des interventions dans les environnements des écoles secondaires. Par contre, elle a identifié des études portant sur les interventions et politiques principalement dans les collèges et universités américaines. Il est à noter que, l'âge légal pour se procurer de l'alcool étant de 19 ou de 21 ans dans les états américains, les étudiants qui commencent leurs études collégiales ou universitaires n'ont souvent pas encore atteint cet âge.

Plusieurs stratégies ou politiques sont suggérées pour réduire l'usage d'alcool et les problèmes associés chez les étudiants. Réduire l'accès social (tenue d'événement avec alcool, ou avec alcool gratuit) et commercial (prohiber la vente sur les campus, augmenter le prix), mettre en place différentes stratégies de dissuasion comme commencer la session avec une semaine de cinq jours, et tenir des campagnes de marketing social sur les campus, en sont quelques exemples (Toomey et collab., 2007). Peu de ces interventions sont évaluées. Dans leur recension des écrits à ce sujet, Toomey et collab. (2007) rapportent que les plus récentes évaluations montrent que les approches multi stratégiques peuvent réduire l'usage d'alcool et les problèmes associés chez les étudiants. Par contre, ils soulignent que

les campagnes de marketing social doivent être utilisées avec précaution, car certaines auraient montré des effets pervers.

4.2.3 Accessibilité économique, physique et légale à l'alcool

Il est reconnu depuis de nombreuses années, et les méta-analyses, revues systématiques et études récentes continuent de le confirmer, que les interventions les plus efficaces pour réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool sont les politiques publiques qui limitent l'accessibilité économique, légale et physique à l'alcool (Babor et collab., 2010a; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Organisation mondiale de la Santé, 2007). Plus spécifiquement, ces interventions populationnelles efficaces visent :

- un prix élevé et la taxation de l'alcool;
- un âge minimum légal pour se procurer de l'alcool;
- des limites sur le nombre de points de vente et le nombre de jours et d'heures d'ouverture des commerces qui vendent de l'alcool;
- la présence d'un monopole d'État qui contrôle le commerce de l'alcool.

Ces lois, règlements et pratiques ne sont généralement pas mis en place à des fins de prévention et poursuivent d'autres objectifs sociaux que d'améliorer la santé de la population. Par exemple, ils peuvent viser à préserver l'ordre public ou encore à générer des revenus pour l'État. Cependant, ces mesures, largement décrites par plusieurs auteurs, modifient l'environnement et influencent la consommation de la population en général, incluant les jeunes (Anderson et collab., 2009a; Babor et collab., 2010a; Giesbrecht et collab., 2011). Aussi, plusieurs organisations internationales et nationales recommandent leur adoption dans le cadre de stratégies pour réduire les problèmes liés à l'alcool (Monteiro, 2007; Organisation mondiale de la Santé, 2010). C'est également le cas au Canada, où un groupe de travail pour une stratégie nationale sur l'alcool (National Alcohol Strategy Working Group, 2007), des rapports de certaines provinces (Department of Health Promotion and Protection: Addiction Services Alcohol Task Group, 2007; Kendall, 2008) et un avis de l'Institut national de santé publique du Québec les décrivent et les mettent de l'avant (April et collab., 2010).

Prix de l'alcool

Une méta-analyse récente portant sur 112 études conclut que l'augmentation du prix de l'alcool est un moyen efficace de réduire la consommation (Wagenaar et collab., 2009). Elder et collab. (2010) ont également publié une revue systématique de la littérature à l'intention du *Guide to Community Preventive Services* des États-Unis. Cette revue démontre qu'un plus haut prix de l'alcool ou une hausse de taxes est associé à une réduction de la consommation excessive et de méfaits. Les auteurs rapportent des effets sur la diminution de la consommation dans la population générale, la diminution de la consommation et de la consommation excessive chez les jeunes, la réduction des accidents de la route, de la mortalité par cirrhose du foie et de la violence.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie au Canada entend publier, en 2012, un rapport exhaustif sur les plus récentes recherches sur de nouvelles politiques

ciblées pour contrôler le prix de l'alcool et sur l'état des politiques dans les provinces canadiennes (Thomas, 2012).

Âge minimum légal

La majorité des pays ont des lois qui précisent un âge minimum pour se procurer ou consommer de l'alcool, celui-ci variant de 16 à 21 ans (Babor et collab., 2010a). De nombreuses études ont démontré que le fait d'élever l'âge légal réduit les accidents de la route et diminue d'autres méfaits liés à l'alcool; à l'inverse, les endroits qui ont diminué l'âge légal ont observé une augmentation de ces problèmes (Babor et collab., 2010a). Babor et collab. (2010a) citent une revue exhaustive de 135 publications qui conclut que d'augmenter à 21 ans l'âge légal pour acheter ou boire l'alcool est la stratégie la plus efficace pour réduire la consommation d'alcool et les problèmes associés chez les étudiants des écoles secondaires et des collèges ainsi que chez les autres jeunes.

Accessibilité physique et monopole d'État

L'accessibilité à l'alcool est le plus souvent limitée par la réglementation sur la localisation, le type et le nombre de lieux de vente ainsi que sur les heures et les jours où il est permis de vendre de l'alcool (Babor et collab., 2010a). Toujours selon Babor et collab. (2010a), les études sur l'association entre la densité des points de vente et la consommation d'alcool dans la population présentent des résultats contradictoires. Toutefois, la densité des points de vente est associée avec les problèmes liés à l'alcool, et en particulier avec la violence. Selon les mêmes auteurs, les politiques qui limitent les heures et les jours d'ouverture sont des mesures efficaces pour réduire la consommation d'alcool et les problèmes associés. En effet, les évidences sont claires que des changements du nombre d'heures et de jours d'ouverture des commerces qui vendent de l'alcool ont un impact sur le volume d'alcool consommé et sur les problèmes liés à l'alcool. Alors qu'une augmentation de l'accessibilité augmente la consommation et les problèmes, une diminution a l'effet inverse. Ces restrictions affecteraient plus particulièrement les gros buveurs.

Enfin, de l'avis de certains auteurs, l'efficacité des autres types d'interventions sera possiblement moins grande dans les endroits où la densité de commerces qui vendent de l'alcool est plus grande (Moreira et collab., 2010).

4.2.4 Restrictions du marketing de l'alcool

L'industrie de l'alcool est un secteur largement concentré et innovateur (Jernigan, 2009). Ses activités de marketing sont variées et incluent notamment :

- les publicités dans les médias écrits et électroniques, dans les points de vente, sur Internet ou sous d'autres formes;
- la distribution de produits de spécialité;
- les événements reliés ou non au sport;
- la commandite d'équipes de sports ou d'athlètes;
- les placements de produits;
- les programmes et messages de responsabilité sociale (Jernigan, 2009).

Les chercheurs en santé publique arrivent difficilement à suivre le rythme rapide de ces innovations et à documenter leurs effets sur la consommation dans la population (Jernigan, 2009; Meier, 2010).

Trois revues systématiques concluent que la publicité a un impact sur l'initiation de la consommation chez les jeunes et sur l'augmentation de la consommation chez ceux qui boivent déjà (Anderson et collab., 2009b; Booth et collab., 2008; Smith & Foxcroft, 2009). Cependant, malgré les effets démontrés du marketing, les restrictions de la publicité de l'alcool n'ont pas encore démontré leur efficacité (Babor et collab., 2010a; Booth et collab., 2008). Les études arrivent à des résultats contradictoires que Booth et collab. (2008) attribuent à des difficultés méthodologiques.

En l'absence de telles études, l'Organisation mondiale de la Santé adopte le principe de précaution pour protéger les jeunes : « ...il est important de diminuer l'impact du marketing, surtout sur les jeunes et les adolescents, quand on veut réduire l'usage nocif de l'alcool... » et «...il faut agir selon le principe de précaution pour protéger les jeunes contre ces techniques de marketing » (Organisation mondiale de la Santé, 2010). La stratégie mondiale visant à diminuer l'usage nocif de l'alcool recommande d'ailleurs d'instaurer différents cadres réglementaires pour le marketing de l'alcool, dont un spécifique aux jeunes et visant à restreindre ou interdire la promotion en rapport avec des activités qui les visent particulièrement (Organisation mondiale de la Santé, 2010).

4.2.5 Mesures dissuasives pour contrer l'alcool au volant

Les mesures dissuasives pour contrer la conduite en état d'ébriété sont efficaces pour diminuer les blessures et accidents (Babor et collab., 2010a). Les principales mesures sont les limites à l'alcoolémie permise, les barrages routiers et le dépistage aléatoire des conducteurs ivres, et l'accès progressif à un permis de conduire chez les nouveaux conducteurs.

Chez les jeunes, une limite d'alcoolémie près de zéro (« tolérance zéro »), l'accès progressif à un permis de conduire complet et d'autres restrictions peuvent être des stratégies efficaces pour réduire l'alcool au volant et les décès; ces mesures ont été implantées avec succès dans de nombreux pays (Babor et collab., 2010a).

Pour que ces mesures aient l'effet dissuasif souhaité, les conducteurs doivent avoir l'impression que les conséquences sont sévères et immédiates et qu'il n'est pas possible d'y échapper, comme la suspension immédiate du permis de conduire en cas de non-respect des règlements (Babor et collab., 2010a).

4.2.6 Politiques publiques au regard des drogues illicites

Les politiques publiques au regard des SPA incluant les drogues illicites méritent l'attention, car elles touchent particulièrement les jeunes, ces derniers étant les plus nombreux à en faire usage.

Toutes les substances psychoactives, qu'elles soient légales, prescrites ou illégales peuvent causer des méfaits individuels et sociaux, mais des méfaits additionnels sont liés aux substances illégales. La marginalisation, les activités criminelles liées au commerce illégal, l'instabilité des politiques internationales liée au marché noir et les limites dans l'implantation de certains programmes de prévention en sont des exemples. Les impacts sociaux et de santé ne sont pas seulement associés à l'usage de SPA mais aussi aux politiques et réglementations reliées à ces substances (The Health Officers Council of British Columbia, 2011).

Plusieurs instances nationales et internationales ont récemment fait valoir que la prohibition de certaines substances sans discrimination est inefficace et que les méfaits qui y sont associés sont largement reconnus (Global Commission on Drug Policy, 2011; The Health Officers Council of British Columbia, 2011). Concernant plus particulièrement le cannabis, le comité spécial du Sénat sur les drogues illicites rappelait déjà, en 2002, que sa prohibition ne produit pas les bénéfices escomptés de réduction de l'usage ni des usages problématiques (Nolin, 2002).

Plusieurs experts en matière de politiques sur les drogues ont récemment formé une Coalition canadienne des politiques sur les drogues afin d'agir comme porte-parole national sur les enjeux des politiques sur les drogues et de rassembler les groupes intéressés à développer une nouvelle approche sur des politiques sur les drogues au Canada. Dans un très récent document, ces experts suggèrent que les politiques sur les drogues soient fondées sur des données probantes et éclairées par des principes de santé publique et de droits de la personne (Coalition canadienne des politiques sur les drogues, 2012).

En résumé :

- les politiques publiques qui limitent l'accessibilité à l'alcool et les mesures dissuasives pour contrer l'alcool au volant sont les mesures les plus efficaces pour diminuer les problèmes dus à l'alcool;
- des prix élevés, un âge légal avancé et une limite d'alcoolémie près de zéro diminuent la consommation, la consommation excessive et les décès par accident de la route chez les jeunes;
- les interventions dans les lieux de consommation, par la formation des serveurs, a un potentiel d'efficacité, mais plus d'études devraient porter sur leur mise en œuvre;
- plusieurs stratégies sont possibles pour réduire les méfaits dus à l'alcool dans les milieux d'éducation postsecondaires, mais peu sont évaluées;
- les restrictions du marketing de l'alcool qui viseraient les jeunes n'ont pas démontré leur efficacité et sont proposées au nom du « principe de précaution » afin de les protéger;
- le statut illégal de certaines drogues entraîne des méfaits additionnels;
- une réglementation des SPA dans une perspective de santé publique pourrait réduire l'ampleur des méfaits auprès de certaines populations.

CONCLUSION

Ce travail avait pour but de faire état de la littérature récente sur les meilleures pratiques de prévention en matière de SPA chez les jeunes. La méthodologie de recherche documentaire et le travail du comité d'accompagnement scientifique ont permis d'identifier plus d'une soixantaine d'articles et documents importants qui touchent cette problématique. L'analyse de ces documents a permis de faire état de l'efficacité de certaines pratiques de prévention qui visent les individus ainsi que de différentes actions qui touchent les environnements et les politiques publiques.

Baser les décisions politiques sur les meilleures preuves, c'est mieux qu'ignorer la recherche et l'évaluation (Gruner Gandhi et collab., 2007). Mais plusieurs limites sont à considérer. Dans le monde des SPA, il y a des centaines d'études de qualités variables et qui montrent des effets variables. Il y a peu d'études d'impact à long terme, peu d'études avec des évaluateurs indépendants exempts de conflit d'intérêts potentiel. De plus, les comportements de consommation sont le plus souvent étudiés à partir de mesures auto rapportées, ce qui peut amener un biais méthodologique considérable. Aussi, les analyses coûts-bénéfices des interventions sont rarement réalisées et apporteraient pourtant des informations pertinentes à la prise de décision (Gates et collab., 2009).

L'identification des meilleures pratiques est basée sur des revues de la littérature qui mettent l'emphase sur la validité interne des interventions plutôt que sur leur potentiel de généralisation (Bartholomew et collab., 2011). Elle repose beaucoup sur la qualité méthodologique des études évaluatives mais en général, les études rapportent peu de détails sur le contenu des interventions et les contextes d'implantation (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a). Or, les interventions, aussi efficaces soient-elles dans un contexte précis, sont souvent difficiles à reproduire et surtout à implanter dans d'autres contextes. Une même intervention implantée dans un contexte différent ne produira pas nécessairement les mêmes effets (Larimer et collab., 2005).

Enfin, au-delà de l'efficacité d'interventions spécifiques, réalisées dans des contextes spécifiques et pour des clientèles spécifiques, c'est plutôt une combinaison judicieuse d'interventions efficaces qui visent les individus et les environnements qui est le plus porteur. L'utilisation de cadres de planification rigoureux et le respect de certaines conditions d'efficacité documentées augmentera le potentiel de succès de nos pratiques préventives en matière de SPA.

RÉFÉRENCES

- Akbar, T., Baldacchino, A. *et al.* (2011). Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*, 1186-1202.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009a). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, *373*, 2234-2246.
- Anderson, P., de Bruijn, A. *et al.* (2009b). Impact of Alcohol Advertising and Media exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol & Alcoholism*, *44*, 229-243.
- April, N., Bégin, C., & Morin, R. (2010). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. *et al.* (2010a). *Alcohol: No ordinary commodity: Research and public policy (2^e ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K. *et al.* (2010b). *Drug policy and the public good*. New-York: Oxford University Press.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernandez, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach, third edition*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bender, K., Tripodi, S. J. *et al.* (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, *21*, 153-164.
- Bolier, L., Voorham, L. *et al.* (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use & Misuse*, *46*, 1569-1591.
- Bond, L. A. & Hauf, A. M. C. (2007). Community-based collaboration: An overarching best practice in prevention. *Counseling Psychologist*, *35*, 567-575.
- Booth, A., Meier, P., Stockwell, T., Sutton, A., Wilkinson, A., & Wong, R. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion. Part A: Systematic Reviews*. Sheffield, UK: Project Report for the Department of Health.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2007). School-based programs to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, *19*, 607-615.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A. J. *et al.* (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive behaviors*, *32*, 2469-2494.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A. *et al.* (2009). Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction*, *104*, 1807-1819.

- Caria, M. P., Faggiano, F. *et al.* (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health, 48*, 182-188.
- CCLAT (2010a). *Consolider nos forces : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- CCLAT (2010b). *L'union fait la force : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu communautaire*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- CCLAT (2011). *Développer nos habiletés : Lignes directrices canadiennes pour les programmes de prévention de l'abus de substances axés sur les habiletés familiales*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Cheon, J. W. (2008). Best practices in community-based prevention for youth substance reduction: Towards strengths-based positive development policy. *Journal of Community Psychology, 36*, 761-779.
- Chorpita, B. F. (2003). The Frontier of Evidence-Based Practice. In Kazdin & Weis (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (New-York: Guilford).
- Coalition canadienne des politiques sur les drogues (2012). *Changer le Cadre : Une nouvelle approche des politiques sur les drogues au Canada*. Université Simon Fraser.
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic Illness in the United States. Vol. 1. Published for the Commonwealth Fund*. Cambridge, MA.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Mackie, C. (2011). Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 296-306.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry, 67*, 85-93.
- Daepfen, J. B., Bertholet, N. *et al.* (2011). Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 113*, 69-75.
- Department of Health Promotion and Protection: Addiction Services Alcohol Task Group (2007). *Changing the Culture of Alcohol Use in Nova Scotia: An Alcohol Strategy to prevent and Reduce the Burden of Alcohol-Related Harm in Nova Scotia*.
- Donovan, E., Wood, M. *et al.* (2012). A randomized, controlled trial to test the efficacy of an online, parent-based intervention for reducing the risks associated with college-student alcohol use. *Addictive behaviors, 37*, 25-35.

- Doumas, D. M. & Hannah, E. (2008). Preventing high-risk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*, 262-271.
- Elder, R. W., Lawrence, B. *et al.* (2010). The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine, 38*, 217-229.
- Elder, R. W., Nichols, J. L. *et al.* (2005). Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 28*, 288-304.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. *et al.* (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 108*, 56-64.
- Fallu, J.-S., Janosz, M. *et al.* (2010). Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors. *Addictive behaviors, 35*, 1074-1082.
- Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review, 9*, CD009308.
- Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. (2011b). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review, 9*, CD009307.
- Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. (2011c). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review, CD009113*.
- Gagnon, H. (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Portrait épidémiologique*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gagnon, H. & Rochefort, L. (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Conséquences et facteurs associés*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gates, S., McCambridge, J. *et al.* (2009). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database Systematic Review, CD005030*.
- Gaume, J., Gmel, G. *et al.* (2011). Is brief motivational intervention effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35*, 1822-1830.
- Giesbrecht, N., Stockwell, T. *et al.* (2011). Alcohol in Canada: reducing the toll through focused interventions and public health policies. *Canadian Medical Association Journal, 183*, 450-455.

- Global Commission on Drug Policy (2011). *War on drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*.
- Godin, G., Gagnon, H. *et al.* (2007). The degree of planning: an indicator of the potential success of health education programs. *Promotion & Education, XIV*, 138-142.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Report, 98*.
- Griffin, K. W. & Botvin, G. J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19*, 505-526.
- Gruner Gandhi, A., Murphy-Graham, E. *et al.* (2007). The Devil is in the Detail. Examining the Evidence for "Proven" School-Based Drug Abuse Prevention Programs. *Evaluation Review, 31*, 43-74.
- Hill, N. L. (2008). Adolescent substance use prevention interventions outside of classroom settings. *Child & Adolescent Social Work Journal, 25*, 451-467.
- Hopfer, S., Davis, D. *et al.* (2010). A review of elementary school-based substance use prevention programs: identifying program attributes. *Journal of Drug Education, 40*, 11-36.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C. *et al.* (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 433-440.
- Jernigan, D. H. (2009). The global alcohol industry: an overview. *Addiction, 104*, 6-12.
- Kendall, P. R. W. (2008). *Public Health Approach to Alcohol Policy: An updated report from the provincial health officer*. British Columbia: Office of the BC Provincial Health Officer.
- Koning, I. M., van den Eijnden, R. J. *et al.* (2011). Long-Term effects of a Parent and Student Intervention on Alcohol Use in Adolescents: A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine, 40*, 541-547.
- Larimer, M. E., Kilmer, J. R., & Lee, C. M. (2005). College student drug prevention: A review of individually-oriented prevention strategies. *Journal of Drug Issues, 35*, 431-455.
- Laventure, M., Boisvert, K., & Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société, 9*, 121-164.
- Lee, C. M., Neighbors, C. *et al.* (2010). A brief, web-based personalized feedback selective intervention for college student marijuana use: a randomized clinical trial. *Psychology of addictive behaviors, 24*, 265-273.

- Lemstra, M., Bennett, N. R. *et al.* (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research and Theory, 18*, 84-96.
- Lundahl, B., Kunz, C. *et al.* (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*, 137-160.
- Meier, P. S. (2010). Alcohol marketing research: the need for a new agenda. *Addiction, 106*, 466-471.
- Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol and Public health in the Americas: A Case for Action*. Washington, D.C.: Pan America Health Organization.
- Moreira, M. T., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2010). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington: National Academy Press.
- National Alcohol Strategy Working Group (2007). *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *Alcohol use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking*. Nice public health guidance 24.
- Newton, N. C., Teesson, M. *et al.* (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction, 105*, 749-759.
- Nolin, P.-C. (2002). *Le Cannabis : Position pour un régime de politique publique pour le Canada*. Ottawa: Rapport du comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- O'Leary-Barrett, M., Mackie, C. J. *et al.* (2010). Personality-targeted interventions delay uptake of drinking and decrease risk of alcohol-related problems when delivered by teachers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*, 954-963.
- Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa.
- Organisation mondiale de la Santé (2007). *Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Deuxième rapport, Série de rapports techniques : no. 944*. Genève : Suisse : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2010). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Genève : Suisse : OMS.
- Palluy, J., Arcand, L., Choinière, C., Martin, C., & Roberge, M. C. (2010). *Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*. Institut national de santé publique du Québec.

- Paschall, M. J., Antin, T. *et al.* (2011). Evaluation of an Internet-Based Alcohol Misuse Prevention Course for College Freshmen. *American Journal of Preventive Medicine*, *41*, 300-308.
- Petrie, J., Bunn, F., & Byrne, G. (2007). Parenting programs for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Education Research*, *22*, 177-191.
- Porath-Waller, A. J., Beasley, E., & Beirness, D. J. (2010). A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, *37*, 709-723.
- Roberge, M.-C. & Choinière, C. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E. *et al.* (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, *105*, 1381-1390.
- Schinke, S. P., Schwinn, T. M., & Fang, L. (2010). Longitudinal Outcomes of an Alcohol Abuse Prevention Program for Urban Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 451-457.
- Schwinn, T. M. & Schinke, S. P. (2010). Preventing Alcohol use Among Late Adolescent Urban Youth: 6-Year Results From a Computer-Based Intervention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *71*, 535-538.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., & Di Noia, J. (2010). Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention. *Preventive Science*, *11*.
- Smedslund, G., Berg, R. C. *et al.* (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Systematic Review*, CD008063.
- Smit, E., Verdurmen, J. *et al.* (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Dependence*, *97*, 195-206.
- Smith, L. A. & Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, *9*.
- Soole, D. W., Mazerolle, L., & Rombouts, S. (2008). School-based drug prevention programs: A review of what works. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, *41*, 259-286.
- Spijkerman, R., Roek, M. A. *et al.* (2010). Effectiveness of a web-based brief alcohol intervention and added value of normative feedback in reducing underage drinking: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *12*, e65.

- Stein, M. D., Hagerty, C. E. *et al.* (2010). A brief marijuana intervention for non-treatment-seeking young adult women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40*, 189-198.
- Tait, R. J. & Christensen, H. (2010). Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *Medical Journal of Australia, 192*, S15-S21.
- The Health Officers Council of British Columbia (2011). *Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances*. Vancouver.
- Thomas, G. (2012). Saskatchewan : Le prix de l'alcool réduit la consommation. *Action nouvelles, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 21*, 1.
- Thomas, R. E., Lorenzetti, D., & Spragins, W. (2011). Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database Systematic Review, 11*, CD007381.
- Toomey, T. L., Lenk, K. M., & Wagenaar, A. C. (2007). Environmental Policies to Reduce College Drinking: An Update of Research Findings. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*, 208-219.
- Tossmann, H.-P., Jonas, B. *et al.* (2011). A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*, 673-670.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction, 104*, 179-190.
- Walker, D. D., Stephens, R. *et al.* (2011). Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: A further test of the teen marijuana check-up. *Psychology of addictive behaviors, 25*, 474-484.
- White, A., Kavanagh, D. *et al.* (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 12*, e62.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T. *et al.* (2011). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: Outcomes and mediating factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*.

ANNEXE 1

BANQUES DE DONNÉES CONSULTÉES ET PLATEFORMES ASSOCIÉES

BANQUES DE DONNÉES CONSULTÉES ET PLATEFORMES ASSOCIÉES

Banques de données	Plateformes
<i>ACP Journal Club</i>	<i>OvidSP</i>
<i>Allied and Complementary Medicine (AMED)</i>	<i>NHS Evidence</i>
<i>British Nursing Index</i>	<i>NHS Evidence</i>
<i>CINAHL</i>	<i>EBSCOhost et NHS Evidence</i>
<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>	<i>OvidSP</i>
<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	<i>OvidSP</i>
<i>Cochrane Methodology Register</i>	<i>OvidSP</i>
<i>Database of Abstract of Reviews of Effects</i>	<i>OvidSP et CRD</i>
<i>E-Journals</i>	<i>EBSCOhost</i>
<i>EMBASE</i>	<i>OvidSP et NHS Evidence</i>
<i>Environmental Science and Pollution Management</i>	<i>ProQuest</i>
<i>ERIC</i>	<i>ProQuest</i>
<i>Google Scholar</i>	<i>Google Scholar</i>
<i>Global Health</i>	<i>OvidSP</i>
<i>Health Policy Reference Center</i>	<i>EBSCOhost</i>
<i>Health Technology Assessments</i>	<i>Ovid SP et CRD</i>
<i>HMIC</i>	<i>NHS Evidence</i>
<i>IngentaConnect</i>	<i>OvidSP</i>
<i>MEDLINE</i>	<i>OvidSP, PubMed et NHS Evidence</i>
<i>MEDLINE with Full Text</i>	<i>OvidSP, PubMed et NHS Evidence</i>
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – Systematic review</i>	<i>NHS Evidence</i>
<i>NHS Economic Evaluation Database</i>	<i>OvidSP et CRD</i>
<i>PILOTS Database</i>	<i>ProQuest</i>
<i>Proquest Political Science</i>	<i>ProQuest</i>
<i>Proquest Sociology</i>	<i>ProQuest</i>
<i>PsycINFO</i>	<i>EBSCOhost et NHS Evidence</i>
<i>Psychology and Behavioral Sciences Collection</i>	<i>EBSCOhost</i>
<i>Repère</i>	<i>OvidSP</i>
<i>Social Services Abstracts</i>	<i>ProQuest</i>
<i>Total Access Collection</i>	<i>OvidSP</i>
<i>Worldwide Political Science</i>	<i>ProQuest</i>

ANNEXE 2

PROCÉDURE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

PROCÉDURE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Recherche documentaire sur l'alcool

Plateforme	Stratégie (mots-clés et limites)	Résultats (brut)	Résultats après sélection
<i>ProQuest</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR binging OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	436	3
	Étendue : 2000 à 2011	378	
	Restreint par : teenagers, adolescent, children & youth, child, college students, young adult, young adults, students Exclusion : suicides & suicide attempts, child abuse & neglect, human immunodeficiency virus--hiv, religion, prisoners, spouse abuse, post traumatic stress disorder, minority & ethnic groups, pregnancy, acquired immune deficiency syndrome--aids, poverty, divorce	110	
<i>EBSCOhost</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR binging OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	40	10
	Étendue : 2002 à 2011	34	
	Restreint par : adolescence, adolescent	19	
<i>OvidSP</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR binging OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	328	31
	Étendue : 2000 à 2011	290	
	Restreint par : child, young adult, adolescent	287	
<i>PubMED</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR binging OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	23	7
	Étendue : 2000 à 2011	20	
	Restreint par : adolescent, young adult	17	
<i>NHS Evidence</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR binging OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	579	21

Recherche documentaire sur l'alcool (suite)

Plateforme	Stratégie (mots-clés et limites)	Résultats (brut)	Résultats après sélection
<i>Google Scholar*</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR bingeing OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	10 600	33
	Étendue : 2000 à 2011	8 330	
<i>CRD</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR bingeing OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	20	8
	Étendue : 2000 à 2011	16	
Total	-		112**

* Exploration des 350 premiers résultats.

** Le total ne tient pas compte des doublons.

Essais randomisés sur l'alcool

Plateforme	Stratégie (mots-clés et limites)	Résultats (brut)	Résultats après sélection
<i>ProQuest</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR bingeing OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized ")	279	1
	Étendue : 2010 à 2011	73	
<i>EBSCOhost</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR bingeing OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized ")	96	5
	Étendue : 2010 à 2011	24	
	Restreint par : adolescence, adolescent, young adulthood	15	
<i>OvidSP</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR bingeing OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized ")	612	8
	Étendue : 2010 à 2011	147	
	Restreint par : child, young adult, adolescent	145	
<i>PubMED</i>	("alcohol abuse" OR "binge drinking" OR "binge drink" OR bingeing OR bingeing OR alcoholic binge) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized ")	157	6
	Étendue : 2010 à 2011	39	
	Restreint par : adolescent, young adult	34	
Total	-		20**

* Le total ne tient pas compte des doublons.

Recherche documentaire sur le cannabis

Plateforme	Stratégie (mots-clés et limites)	Résultats (brut)	Résultats après sélection
<i>ProQuest</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	385	7
	Étendue : 2000 à 2011	333	
	Restreint par : teenagers, adolescent, children & youth, child, young adults, college students, young adult, peers Exclusion : human immunodeficiency virus--hiv, religion, suicides & suicide attempts, african americans, hiv infections, minority & ethnic groups, pregnancy, gays & lesbians, marriage, hiv, human immunodeficiency virus, prisoners, acquired immune deficiency syndrome--aids	107	
<i>EBSCOhost</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	40	9
	Étendue : 2002 à 2011	32	
	Restreint par : Young adult, child, adolescent	18	
<i>OvidSP</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	227	19
	Étendue : 2000 à 2011	200	
	Restreint par : child, young adult, adolescent	199	
<i>PubMED</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	31	10
	Étendue : 2000 à 2011	30	
	Restreint par : adolescent, young adult	28	
<i>NHS Evidence</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	330	11
<i>Google Scholar*</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	2920	20
	Étendue : 2000 à 2011	2420	

Recherche documentaire sur le cannabis (suite)

Plateforme	Stratégie (mots-clés et limites)	Résultats (brut)	Résultats après sélection
CRD	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("meta-analytic" OR "meta-analysis" OR "systematic review")	16	7
	Étendue : 2000 à 2011	15	
Total	-		83**

* Exploration des 350 premiers résultats.

** Le total ne tient pas compte des doublons.

Essais randomisés sur le cannabis

Plateforme	Stratégie (mots-clés et limites)	Résultats (brut)	Résultats après sélection
<i>ProQuest</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized")	303	1
	Étendue : 2010 à 2011	75	
<i>EBSCOhost</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized")	2593	4
	Étendue : 2010 à 2011	374	
	Restreint par : Prevention, Motivational interviewing, substance use, substance abuse, drug abuse	112	
<i>OvidSP</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized")	785	9
	Étendue : 2010 à 2011	189	
	Restreint par : child, young adult, adolescent	184	
<i>PubMED</i>	(cannabis OR marijuana) AND (intervention OR "best practice" OR strateg* OR approach OR polic* OR program OR prevent* OR evaluation OR promot* OR education) AND (youth OR "young people" OR adolescent* OR "young adults" OR teenager) AND ("randomized")	277	8
	Étendue : 2010 à 2011	62	
	Restreint par : adolescent, young adult	51	
Total	-		22**

* Le total ne tient pas compte des doublons.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

