

وزارة الصحة
+ⵎⵔⵉⵎⵓⵏⵉⵙⵉⵔⵉ ⵏ ⵓⵎⵓⵔⵉⵙⵉⵔⵉ
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
+ⵎⵔⵉⵎⵓⵏⵉⵙⵉⵔⵉ ⵏ ⵓⵎⵓⵔⵉⵙⵉⵔⵉ
Royaume du Maroc

P-PG/MedNET(2020)18 FR

Guide National et Modules e-learning

sur la prévention de l'usage de substances
psychoactives et des conduites addictives au Maroc



Edition
2020



وزارة الصحة
+ⵎⵔⵉⵎⵓⵏⵉⵙⵉⵔⵉ ⵏ ⵓⵎⵓⵔⵉⵙⵉⵔⵉ
Ministère de la Santé



1971-
2021





CONTRIBUTIONS ET REMERCIEMENTS

Ce guide national a été élaboré sous la direction de Dr Youbi Mohamed, Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies du Ministère de la Santé.

Comité de Pilotage du projet :

- **Dr Mohammed Youbi**, Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (Président),
- **Dr Latifa Belekhel**, Chef de la Division de Maladies Non Transmissibles,
- **Dr Omar Bouram**, Chef par Intérim du Service de la Santé mentale et des Maladies Dégénératives,
- **Mme Soumaya Rachidi**, Point focal pour le Programme national de Prévention et de Prise en Charge des Troubles addictifs,
- **Pr Jallal Toufiq**, Directeur de l'Hôpital Psychiatrique, Directeur l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions (OMDA), Président de la Ligue de Rabat- Salé pour la Santé Mentale.

Comité technique et personnes ressources : M^{me} Soumaya Rachidi, Dr Houda El Amrani, Dr Zouhair Sidki, Mr Hsain Ait Ben Hsein et Mr Ramli Mohammed, cadres du Service de la Santé Mentale et des Maladies Dégénératives, Dr Houda El Kirat, Responsable de l'Unité de modes de vie sains et Dr Ahmed Sabiri, Chef du Service de la Santé au Travail à la Division des Maladies Non Transmissibles, Dr Najat Gharbi, Chef de la Division de la Santé Scolaire et Universitaire à la Direction de la Population, Professeur Ismail Rammouz, Responsable du Service de Psychiatrie au CHU d'Agadir, Pr Jallal Toufiq, Directeur de l'Observatoire Marocain des Drogues et des Addictions et Mme Amina Bâji, Présidente de la Fédération Marocaine de Prévention du tabagisme et des autres Drogues.

Autres personnes ressources, acteurs communautaires ayant participé à la lecture et validation du guide :

- Mme Amina Baaji, Présidente de la Fédération Marocaine de la Prévention du Tabagisme et des autres Drogues et de l'Association d'Ecoute et de Dialogue (AMED), de la même association, Dr Mohamed Ghalem, Sociologue, Mr Rachid Issari, Formateur, journalisme et communication, Dr Wajih Rhalem, Professeur ENSET- Rabat, Mme Rokia Elhoury, Psychologue clinicienne, Mr Mohamed El Baroudi, Psychologue clinicien, Dr Rachida Laraqui, de l'Association Lyon's Club, Mr Mohamed Elmarjan, Président de l'Association Marocaine de Sociologie, M^{me}

Fatima Sekkat, Association Alternatives (Badail), Mme Amina Bouqdir, Assistante Sociale à l'hôpital d'enfants de Rabat et Présidente de l'Association Kaoutar pour la Protection de l'Enfant, Mr Fouad Dau, Association Ouled Lblad, Dr Belakhel Nadia, Présidente de l'Association Marocaine d'Assistance Médicale; Mme Zouini Mariam, de l'Association Baraka Idmane, centre d'addictologie de Marrakech El Mellah.

Nous remercions toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin en tant que membres d'associations et professionnels acteurs en matière de prévention de l'usage de substances et des comportements addictifs au Maroc, en leur qualité de gestionnaires et responsables de programmes de santé et/ou spécifiques à la prévention des troubles addictifs, de praticiens au niveau institutionnel (experts nationaux et responsables des structures dédiées à la prévention et à la prise en charge des troubles addictifs du secteur publique et universitaire), et communautaire (psychologues, sociologues, formateurs en communication, travailleurs sociaux acteurs au sein d'associations thématiques de prévention des troubles addictifs).

EXPERTS :

Ont contribué à l'élaboration de ce guide en tant qu'experts :

- International: Dr Rey Chad Abdool; Consultant Indépendant et Consultant International pour l'UNODC.
- National : Pr Maria Sabir ; Professeur de Psychiatrie et d'Addictologie, Centre Hospitalier Psychiatrique, Ar-Razi, Salé.

OBJECTIF DE L'EXPERTISE : Elaborer un guide national spécifique aux interventions de prévention des conduites addictives et d'un module e-learning adaptés au contexte marocain au bénéfice des Organisations de la Société Civile et autres acteurs concernés, destinés aux jeunes de 12 à 16 ans en milieu scolaire et communautaire, aux parents et à la famille. Ceci en tenant compte des interventions conformes aux recommandations internationales et ayant prouvé leur efficacité et leur efficience sur le moyen et long termes.

COMITE RESTREINT DE LECTURE ET DE REDACTION : Rey Chad Abdool, Maria Sabir, Soumaya Rachidi et Jallal Toufiq.

APPUI FINANCIER :

Le présent document a été réalisé avec la participation financière du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. Les opinions qui y sont exprimées ne peuvent en aucun cas être considérées comme reflétant la position officielle du Conseil de l'Europe. Le projet s'inscrit dans le cadre du programme de travail de MedNET 2019 approuvé par le comité MedNET (Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe).



TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	11
A. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS LE MONDE.....	11
B. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU MAROC.....	11
II. GRANDS REPERES : DE LA SANTE AUX ADDICTIONS, DEFINITIONS ET CONCEPTS CLES	14
A. PROMOUVOIR LA SANTÉ	14
<i>II.A.1. La notion de la santé, selon l'OMS</i>	<i>14</i>
<i>II.A.2. La promotion de la santé, selon la Charte d'Ottawa</i>	<i>14</i>
B. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	15
C. DIMENSION EDUCATIVE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE	16
III. LES ADDICTIONS : DEFINITIONS, CLASSIFICATIONS, CARACTERISTIQUES ET ETIOPATHOGENIE	17
A. L'ADDICTION : QU'EST-CE QUE C'EST ?	17
B. ADDICTIONS SANS PRODUIT OU ADDICTIONS COMPORTEMENTALES	19
C. QUELS SONT LES FACTEURS DES TROUBLES ADDICTIFS ?	20
IV. LA PREVENTION EN ADDICTOLOGIE	21
A. DÉFINITION	21
V. PRINCIPAUX TYPES DE PRÉVENTION	22
A. DES PRINCIPES DE BASE POUR UNE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE QUELS SONT LES MODELES VALIDES ?	23
<i>V.A.1. La prévention concerne tous les âges.....</i>	<i>23</i>
<i>V.A.2. Une approche progressive</i>	<i>23</i>
<i>V.A.3. Promotion de la santé et éducation préventive</i>	<i>23</i>

V.A.3.1. La communauté	23
V.A.3.2. Les pairs	23
VI. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE EN MATIERE DE PREVENTION DES ADDICTIONS AU MAROC	24
A. POINTS FORTS	24
B. POINTS FAIBLES	26
VII. ANALYSE DES INTERVENANTS, COMPETENCES ET PUBLIC CIBLE EN MATIERE DE PREVENTION DES ADDICTIONS AU MAROC	27
A. LES INTERVENANTS	28
VII.A.1. Les Organisations de la Société Civile	28
VII.A.2. Les Professionnels Relais (les enseignants, les professionnels de santé, les éducateurs sportifs et autres)	28
VII.A.3. Les pairs	28
VII.A.4. Les leaders religieux (Imams et Mourchidates)	29
B. INTERVENANTS EN PREVENTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : QUELLES COMPETENCES ET POSTURES PROFESSIONNELLES ?	29
VII.B.1. L'Intervenant de prévention en addictologie	29
VII.B.2. La posture éducative de l'animateur en addictologie	30
C. LA PLACE DES OUTILS DE PREVENTION	31
D. LES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES	32
E. PUBLICS CIBLES	34
VIII. RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET DE PREVENTION DES ADDICTIONS : CADRE THEORIQUE ET OUTILS PRATIQUES	34
VIII.A.1. Cadre théorique pour les jeunes	34
VIII.A.2. Outils pratiques pour les jeunes	35
VIII.B.1. Cadre theorique pour les parents et la famille	36
VIII.B.2. Outils pratiques pour les parents et la famille	39



IX. MODELES DE PREVENTION DES ADDICTIONS CHOISIS POUR LE CONTEXTE MAROCAIN	39
A. POUR LES JEUNES	39
<i>IX.A.1. Le modèle UNPLUGGED</i>	<i>39</i>
B. POUR LES PARENTS ET LA FAMILLE	39
X. OUTILS DE PREVENTION : FICHES TECHNIQUES	41
A. OUTILS DE PREVENTION AUPRES DES JEUNES.....	41
B. OUTILS DE PREVENTION AUPRES DES PARENTS ET LA FAMILLE.....	42
<i>XI.B.1. Interventions Brèves (Pour formateurs/facilitateurs)</i>	<i>42</i>
<i>XI.B.2. La femme enceinte</i>	<i>43</i>
<i>XI.B.3. La jeune maman.....</i>	<i>44</i>
<i>XI.B.4. Les parents.....</i>	<i>44</i>
<i>XI.B.5. La Famille.....</i>	<i>46</i>
XI. DEMARCHES QUALITE ET EVALUATION DES INTERVENTIONS / PROGRAMMES DE PREVENTION	47
XII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48



LISTE DES ABREVIATIONS

ICM 10, 11	Classification Internationale des Maladies, versions 10 et 11
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies - Ministère de la Santé
DMNT	Division des Maladies Non Transmissibles- DELM
DP	Direction de la Population- Ministère de la Santé
DSMV	Classification mondiale des Maladies, version 5
GP	Groupe Pompidou
MedNET	Réseau Méditerranéen sur les drogues et les addictions du Groupe Pompidou
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisations de la Société Civile
PNPTA	Programme national de Prévention et de Prise en charge des Troubles Addictifs- DMNT- DELM
OMDA	Observatoire Marocain des Drogues et Addictions



PREFACE

La prévention de l'usage de substances en particulier et des comportements addictifs au sens large compte parmi les priorités du Ministère de la Santé du Maroc. La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles addictifs parmi les populations vulnérables figurent parmi les axes stratégiques du plan national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2020. Il est actuellement admis que les mesures de sensibilisation à large échelle comme les interventions moralisatrices sont inefficaces. D'où l'intérêt de mener des actions spécifiques auprès des populations à risques et/ou en situation de vulnérabilité, et ce, dans le but de prévenir les troubles addictifs ou du moins retarder leur apparition.

Depuis plusieurs années, l'intérêt pour la validation de modèles d'interventions sur la base de l'évidence scientifique à l'échelle mondiale, n'a cessé d'augmenter. L'échange d'expériences, les évaluations des programmes et interventions de prévention ont permis de mettre en exergue des outils et des modalités d'actions plus ou moins efficaces au même titre que l'inefficacité de certaines interventions. Il est en effet actuellement admis, que les facteurs d'efficacité résident entre autres, dans la spécificité de l'intervention, l'adéquation de celle-ci à la population ciblée, les outils utilisés et la durée de l'intervention.

Au Maroc, le tissu associatif œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé en général et de la prévention des troubles liés à l'usage des substances et aux comportements addictifs est caractérisé par sa richesse et son dynamisme. Bien que plusieurs de ces associations travaillent auprès des enfants, des adolescents et des jeunes en situation de vulnérabilité et bien qu'elles aient pu au fil du temps, développer des compétences indéniables sur le travail communautaire de proximité, rares parmi elles, sont celles qui ont bénéficié de formations spécifiques. Nous enregistrons un vide tant au niveau des supports de formation que des guides nationaux d'orientations pour la mise en place, le suivi et l'évaluation de programmes spécifiques dans le domaine.

Conscient de l'importance de la disponibilité de ces outils, le Ministère de la Santé a entrepris l'élaboration d'un guide pratique dédié aux OSC et autres acteurs et professionnels relais, œuvrant auprès des populations jeunes et à risques. Ce guide national de référence, tenant compte de l'évidence scientifique, permettra la mise en œuvre de programmes cohérents de prévention de l'usage des substances psychoactives et des comportements addictifs adaptés au contexte national ainsi que l'évaluation de leur efficacité et impact dans le long terme. Selon les priorités identifiées en termes d'actions, ce guide national de référence a été conçu pour répondre aux besoins des populations jeunes de 12-16 ans en milieu scolaire et en milieu communautaire et auprès des parents et des familles. Sa conception en module de formation sous format papier et en module e-learning fait de lui un outil pratique visant le renforcement des capacités des acteurs concernés par le champ de la prévention des troubles de l'usage de substances psychoactives et des comportements addictifs.

*Le Directeur de l'Epidémiologie et
de la Lutte contre les Maladies*

Le Directeur de l'Epidémiologie
et de Lutte Contre les Maladies

Dr. Mohammed YOUBI



I. INTRODUCTION

A. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS LE MONDE

À l'échelle mondiale, et selon le rapport mondial sur la drogue de 2019 publié par l'ONU DC, 35 millions de personnes en 2017, contre une estimation antérieure de 30,5 millions, souffrent de troubles liés à la consommation de drogues et ont besoin de services de traitement. Le nombre de décès est également plus élevé : 585 000 personnes sont mortes des suites de la consommation de drogues en 2017. La prévention et le traitement continuent d'être loin de répondre aux besoins dans de nombreuses régions du monde.

Ce même rapport indique qu'en 2017, on estimait à 271 millions le nombre de personnes, soit 5,5% de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, qui avaient consommé des drogues au cours de l'année précédente. Bien que ce chiffre soit similaire à l'estimation de 2016, une vision à plus long terme révèle que le nombre de personnes qui consomment des drogues est maintenant 30% plus élevé qu'en 2009, alors que 210 millions de personnes avaient consommé des drogues au cours de l'année précédente. Quelque 53,4 millions de personnes dans le monde avaient consommé des opioïdes au cours de l'année précédente, soit 56 % de plus que l'estimation pour 2016. Parmi ces personnes, 29,2 millions avaient consommé des opiacés comme l'héroïne et l'opium, soit 50% de plus que l'estimation de 2016 de 19,4 millions.

B. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU MAROC

L'usage de drogues au Maroc est reconnu comme problème de santé publique qui prend de plus en plus de l'ampleur et touche toutes les catégories sociales. L'usage de substances psychoactives touche de plus en plus le jeune et son usage se banalise de plus en plus parmi cette tranche de la population, avec les conséquences nocives encourues en phase de maturation cérébrale. Les conduites addictives résultent de l'interaction de multiples facteurs biologiques, psychiques, familiaux, économiques, sociaux et environnementaux.

Au-delà des résultats de l'enquête nationale conduite par le Ministère de la Santé, en population générale de 15 ans et plus (2005), et qui ont montré une prévalence de 4.1% pour l'usage de substances psychoactives (SPA) durant les 12 derniers mois, les enquêtes MedSPAD conduites à l'échelle nationale parmi les jeunes scolarisés,

confirme le rajeunissement de l'âge des premières consommations, la palette étendue des connaissances et des initiations (tabac, alcool, médicaments, substances illicites).

En particulier, l'enquête nationale MEDSPAD de 2017 chez les élèves scolarisés âgés de 15-17 ans, a permis d'identifier les prévalences suivantes :

- En 2017, 16%, soit n=1101) ont déclaré avoir fumé au moins une cigarette durant la vie et 9% (n=602), durant les 12 derniers mois. Les différences entre les deux sexes sont significatives en matière de consommation de cigarettes; avec un usage du tabac plus important chez les garçons ($p < 0.0001$). Le tabac reste par ailleurs le produit psychoactif dont l'expérimentation est la plus précoce ($14,3 \pm 1,7$ ans) chez les élèves de 15-17 ans. D'autres formes d'usage de tabac avec notamment l'usage de la chicha, du tabac snifé (la nafha) et sucé (la kala) ont été également rapportées par les élèves interrogés.
- L'expérimentation d'alcool durant la vie est déclarée par 6,0% des jeunes de 15-17 ans surtout chez les garçons.
- 3,0% (n=114) ont consommé du cannabis durant les 30 derniers jours avec plus de trois élèves sur dix interrogés (30.3%) déclarent l'avoir fumé au moins 1 fois. L'écart entre les sexes est important et augmente avec l'élévation des fréquences.).
- Dans la même tranche d'âge des 15-17 ans, 4% des élèves interrogés (n= 153) ont déclaré consommer des psychotropes sans avis ni prescription médicale au cours de leur vie. Les chiffres de prévalence ne sont pas influencés par le sexe de l'élève. Cependant, des relations statistiquement significatives ($p < 0.001$) ont été retrouvées entre l'usage des psychotropes sans prescription médicale et l'absentéisme de l'établissement scolaire, une note inférieure à la moyenne lors du dernier trimestre, des nuits passées en dehors du domicile, un membre de la famille ou ami consommateur de ces substances, une méconnaissance de l'interdiction de l'usage de drogues, une facilité de la procuration de substances, une absence de la perception du grand danger lié à l'usage des psychotropes.
- Concernant la cocaïne, la prévalence de l'usage de cette substance durant la vie était de 2% chez les garçons et chez de 0,8% chez les filles. Pour le crack, les prévalences étaient respectivement de 1,4% et de 0,2%. Des relations statistiquement significatives ($p < 0.001$) ont été retrouvées entre l'usage de la cocaïne et/ou le crack et l'absentéisme de l'établissement scolaire, une note inférieure à la moyenne lors du dernier trimestre, des nuits passées en dehors du domicile, un membre de la famille ou ami consommateur de ces substances, une méconnaissance de l'interdiction de l'usage de drogues, une facilité de la



procuration de substances et une absence de la perception du grand danger lié à l'usage des psychotropes.

- Concernant l'héroïne, les prévalences durant la vie étaient de 0.77% (n=28). La consommation au cours des douze derniers mois concerne 0.71% (n=25) de l'ensemble des jeunes interrogés et celle au cours des trente derniers jours concerne 0.20% (n=7).
- La prévalence durant la vie de l'usage de produits à inhaler était de 0.18% (n=10).
- Chez les 15-17 ans, 3.3% (n=118) ont rapporté avoir consommé d'autres substances psychoactives. Les autres substances rapportées sont « l'Ecstasy, Levure, Domino, Extra! etc. ».
- Chez les 15-17 ans, soit 3698 élèves, 26,5% (n=979) ont déclaré avoir consommé au moins une substance psychoactive durant la vie. Parmi eux, ceux ayant expérimenté une seule substance psychoactive durant la vie sont de l'ordre de 11,6% (n=430). 4,9% (n=181) ont expérimenté deux substances, 3,6% (n=134) trois substances. L'expérimentation de quatre substances, quant à elle, est retrouvée chez 2,1% (n=79) des élèves de 15-17 ans. Enfin, 1,7% (n=63) des usagers ont utilisé plus de 5 substances.

Les chiffres de prévalences témoignent aussi d'une prédominance de l'usage chez les garçons avec une différence de préférence des substances selon le genre. Le tabac reste la substance la plus consommée chez nos jeunes. Il est suivi du cannabis, puis de l'alcool et enfin des psychotropes chez les garçons. Les filles utilisent plus les psychotropes que le cannabis. La cocaïne, le crack et l'héroïne restent peu consommés. Parmi cette population de jeunes consommateurs, les drogues en vente libre ou les plus faciles à se procurer sont les plus consommées (tabac, alcool, cannabis et psychotropes).

Par ailleurs, l'analyse globale de l'usage de drogues chez les lycéens marocains établit un certain nombre de facteurs de risque notamment trois cruciaux ; la facilité d'accès aux drogues, parfois vendues à proximité des établissements scolaires, la perception banalisante de l'usage de drogues et l'absence de programmes préventifs étendus à tout le pays, constants, adaptés et évalués. De même, le non-respect de la législation d'interdiction de tabac aux mineurs ainsi que sa facilité d'octroi peut facilement faire diffuser le tabac, l'alcool et les autres drogues auprès des jeunes. Dans ce cas, le renforcement des dispositifs législatifs peut s'avérer utile. Ainsi, la mise en place des zones sans tabac et sans drogues autour des établissements scolaires, la limitation d'un âge pour l'octroi du tabac et de l'alcool avec interdiction de la vente aux mineurs

de tous types de drogues peut réduire l'initiation aux substances. L'application d'une législation contre les vendeurs de tabac au détail peut aussi limiter l'exposition précoce des jeunes.

II. GRANDS REPERES : DE LA SANTE AUX ADDICTIONS, DEFINITIONS ET CONCEPTS CLES

L'objectif de cette première partie est de fournir des bases communes en matière de définitions et de concepts clés dans les champs de la promotion de la santé, des addictions et de la prévention.

A. PROMOUVOIR LA SANTÉ

II.A.1. La notion de la santé, selon l'OMS :

La notion de santé est selon l'OMS « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La santé d'un individu ne dépend pas que de ses choix individuels, mais de nombreux autres facteurs, tels que l'environnement, les conditions de vie, les facteurs biologiques, etc.

II.A.2. La promotion de la santé, selon la Charte d'Ottawa

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 une «Charte» en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour l'an 2000 et au-delà.

Selon la charte d'Ottawa, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie.



B. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

On peut répartir les déterminants de santé d'un individu en quatre grands groupes :

- **La biologie humaine** : les facteurs génétiques, les facteurs physiologiques, les facteurs liés à la maturation et au vieillissement ;
- **L'environnement physique, psychologique, social** ;
- **Les comportements, le style de vie** : les facteurs professionnels, les facteurs liés aux loisirs, les modes de consommation (alimentation, produits toxiques) ;
- **L'organisation des services de santé** : la prévention, les soins curatifs, la réadaptation, la réhabilitation.

Tous ces facteurs sont interdépendants. Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres.

Source : Chauvin F et al. Du bon usage de la communication en éducation pour la santé.

Actes du séminaire international de Bierville. Paris : Éditions CFES, 1998 : 289 p. Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Ainsi, la promotion de la santé porte sur les comportements des individus en matière de santé et sur leurs modes de vie, mais également sur des facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques.

Interagissant ensemble et combinés les uns aux autres, ces facteurs créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé.

Tous les changements de modes de vie et conditions de vie sont considérés comme des résultats intermédiaires en matière de santé.

Il est donc judicieux d'intégrer l'éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé.

La promotion de la santé est un concept positif mettant en valeur les ressources personnelles et sociales ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé ou du soin : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être physique, mental et social.

C. DIMENSION EDUCATIVE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

L'OMS définit l'éducation pour la santé comme l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé.

L'éducation pour la santé ne se résume pas à une information pour la santé, elle donne aux individus à la fois les savoirs, savoir-être et savoir-faire, nécessaires afin de pouvoir, s'ils le souhaitent, changer de comportement ou renforcer des comportements favorables à leur santé et à celle de la communauté.

La santé est considérée comme une ressource de la vie quotidienne. C'est à l'individu de faire des choix responsables, de déterminer ce qui est bon pour lui et de trouver son équilibre.

Trois principales approches coexistent en éducation pour la santé :

- L'approche injonctive ou persuasive, qui a pour objectif la modification systématique des comportements des individus et des groupes ;
- L'approche informative et responsabilisante, qui recherche la prise de conscience par les individus de ce qui est bon pour eux ;
- L'approche participative, qui vise l'implication, la participation des individus et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé.



Elle vise l'acquisition de :

- **savoirs (ou connaissances)** : ensemble d'informations assimilées par l'individu.
Exemple : connaissance des effets du produit consommé ;
- **savoir-faire (ou pratiques)** : les pratiques ou capacités à agir, à réaliser une tâche. Ils peuvent être dissociés du savoir. On peut savoir faire sans savoir pourquoi cela fonctionne (savoir-faire empirique), on peut également savoir sans savoir-faire (savoir en théorie comment effectuer une tâche, mais ne jamais l'avoir effectuée en pratique et en être incapable). Exemple : savoir utiliser un éthylotest, un préservatif ;
- **savoir-être (ou attitudes)** : « manières habituelles et plutôt stables par lesquelles les individus perçoivent, éprouvent et jugent, pour eux-mêmes ou pour d'autres, des actions, des idées, et leur environnement social et physique. Les attitudes régissent la perception et l'action. Elles ont des composantes affectives, cognitives et comportementales. Les attitudes sont en grande partie socialement déterminées. Changer les attitudes qui sont des barrières à des modes de vie plus sains ou à une politique plus saine est un des objectifs majeurs des interventions en éducation pour la santé et en promotion de la santé. »

Le travail sur le savoir-être passe aussi par le développement des compétences psychosociales. Exemple : savoir refuser une première cigarette.

Source : Commission européenne, Rusch E (coord.). Glossaire européen en santé publique.

III. LES ADDICTIONS: DEFINITIONS, CLASSIFICATIONS, CARACTERISTIQUES ET ETIOPATHOGENIE

A. L'ADDICTION : QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'addiction est une maladie chronique du cerveau, marquée par la survenue de rechutes (qui sont la règle), interférant avec un ensemble de facteurs internes et externes. La maladie crée des distorsions de la pensée, des émotions et des perceptions, qui poussent les gens à adopter des comportements qui ne sont pas compréhensibles pour leur entourage. Les comportements addictifs supplantent les comportements « sains ». Les comportements de l'addiction sont une manifestation de la maladie, et non une cause.

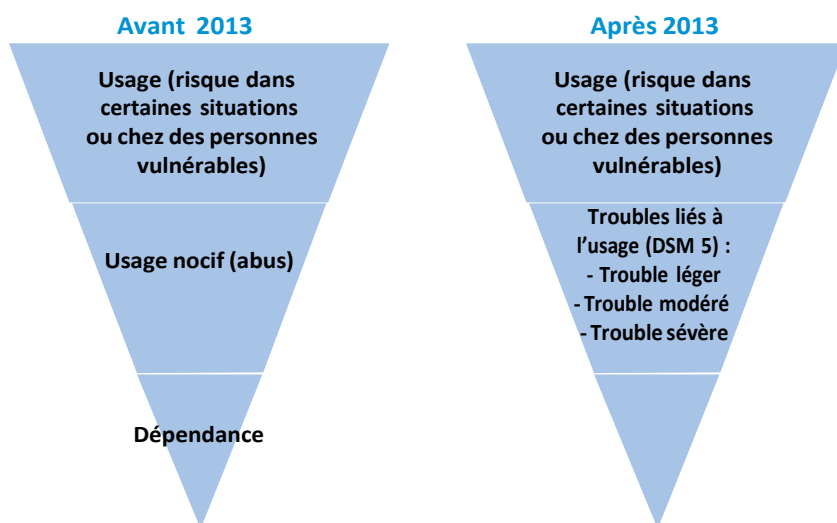
Autrement dit, l'addiction n'est pas un choix, c'est une maladie.

L'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne,
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.
- une «condition chronique du cerveau avec rechutes» qui nécessite une prise en charge médicale et psychosociale.

Le passage, au début des années 2000, de la notion de toxicomanie et d'alcoolisme à celle d'addiction a profondément changé la façon de penser le traitement et l'organisation des soins de ces troubles : on est passé d'une conception qui mettait en avant le produit, à une conception qui met en avant le comportement de consommation et le contexte dans lequel il se déroule.

Depuis 2013, le DSM 5 combine en un seul diagnostic de « trouble d'utilisation de substance » les diagnostics d'abus de substance et de dépendance à une substance du DSM-IV; réitère le critère de problèmes légaux récurrents pour l'abus de substance; ajoute un nouveau critère de fort désir ou besoin (craving) d'utiliser la substance ; ajoute des diagnostics de sevrage au cannabis et à la caféine ; inclut le jeu pathologique (lequel figurait dans le DSM-IV dans les troubles du contrôle des impulsions).





Aujourd'hui, le terme de « conduites addictives » est utilisé pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner (ou pas) un trouble.

Il existe également les addictions sans drogue ou sans produit, que l'on nomme les addictions comportementales.

B. ADDICTIONS SANS PRODUIT OU ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Certains individus ont des comportements qui rappellent ceux de personnes dépendantes face à leurs produits : par exemple, des conduites vis-à-vis du sexe, du jeu, du sport, de la nourriture, du travail, des actes d'achat et des nouvelles technologies (jeu vidéo, téléphone portable, Internet...).

Le but de ces comportements est d'obtenir un plaisir et un apaisement sans qu'ils soient pour autant pathologiques. Le concept d'addiction comportementale n'apparaîtra que si la personne éprouve, pour l'objet qui la passionne, un véritable besoin plus qu'un désir, et si celle-ci poursuit ce comportement malgré les conséquences négatives sur sa vie sociale ou affective ou sur sa santé.

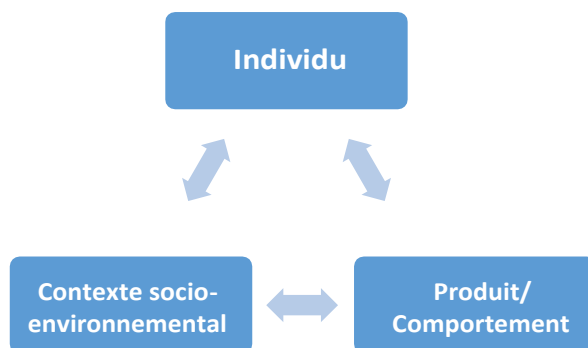
Sans vouloir être exhaustif, on peut citer les principales addictions comportementales :

- Le jeu pathologique (addiction aux jeux de hasard et d'argent) ;
- Les achats compulsifs ;
- L'addiction au sport et à l'exercice physique ;
- L'addiction sexuelle ;
- Le travail pathologique ;
- Les troubles des conduites alimentaires ;
- La cyberdépendance...

Source : Traité d'addictologie. Sous la direction de Michel REYNAUD. Paris, Flammarion, 2006 (Médecine-Sciences).

C. QUELS SONT LES FACTEURS DES TROUBLES ADDICTIFS ?

Les critères d'addiction montrent bien que ce n'est pas le produit qui définit l'addiction, mais le rapport qu'entretient la personne avec ce produit dans son contexte socio-environnemental. Il s'agit ici du modèle trivarié, soit la rencontre entre « une personnalité, un produit, un moment socioculturel ».



L'addiction, c'est donc le résultat de la rencontre de plusieurs facteurs sur lesquels il faut agir :

- Les facteurs de risque liés aux produits: dangerosité spécifique, mode d'administration, durée, fréquence, quantité absorbée, interactions entre substances.
- Les facteurs individuels de vulnérabilité: facteurs biologiques, facteurs psychiques, attentes vis-à-vis du produit, mode de vie, estime de soi, capacité relationnelle.
- Les facteurs de risque environnementaux: facteurs sociaux et culturels, milieu familial, milieu d'insertion (école, travail, amis...), facteurs de vulnérabilité économiques (pauvreté, précarité), l'urbanisation mal planifiée et accessibilité du produit.

Les interactions entre ces différents facteurs engendrent des conduites différentes dont les effets peuvent varier d'un individu à l'autre.



IV. LA PREVENTION EN ADDICTOLOGIE

A. DÉFINITION

La prévention est l'ensemble des actions ou des programmes qui visent à «éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités » (OMS)

La prévention en addictologie est en pleine mutation. Elle intègre des approches basées sur des recherches scientifiques menées en sociologie, psychologie, promotion de la santé et neurosciences. Des programmes structurés de renforcement des compétences psychosociales sont mis en avant dans la littérature nationale et internationale. Ces avancées demandent aux opérateurs de prévention, aux professionnels au contact des jeunes et aussi aux financeurs un changement souvent radical de leurs pratiques.

Alors qu'il était autrefois habituel de mener des interventions ponctuelles, animées exclusivement par les professionnels de la prévention, cette approche est maintenant déconseillée, car considérée comme inefficace. L'idée que la prévention ne pouvait pas nuire aux publics destinataires était très répandue. On sait désormais qu'une intervention non adaptée au public visé peut être contreproductive, voire avoir des effets délétères.

Enfin, les interventions ont très longtemps été construites avec une entrée par produit. Il est aujourd'hui préconisé de prendre en compte la personne dans son contexte (école, famille, loisirs) en intégrant au fur et à mesure les questions des consommations.

La prévention des conduites addictives, pensée comme une démarche et non plus comme le simple déroulement d'activités, permet d'évoluer d'une intervention de prestataire vers la co-construction entre acteurs de terrain, opérateurs de prévention et financeurs.

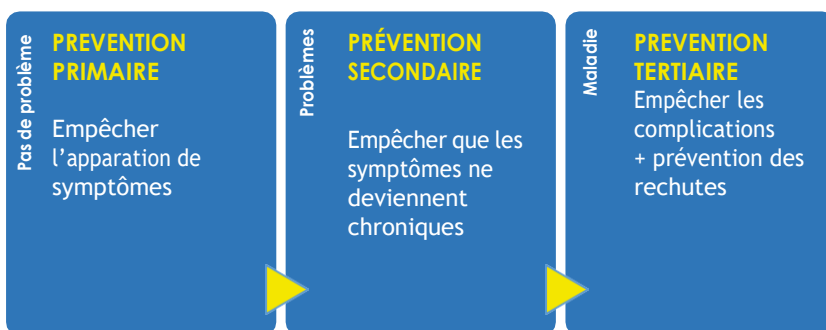
La prévention des conduites addictives vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement.

Elle permet de le préparer à exercer sa citoyenneté avec responsabilité et contribue à la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Elle constitue une composante de l'éducation du citoyen.

V. PRINCIPAUX TYPES DE PRÉVENTION :

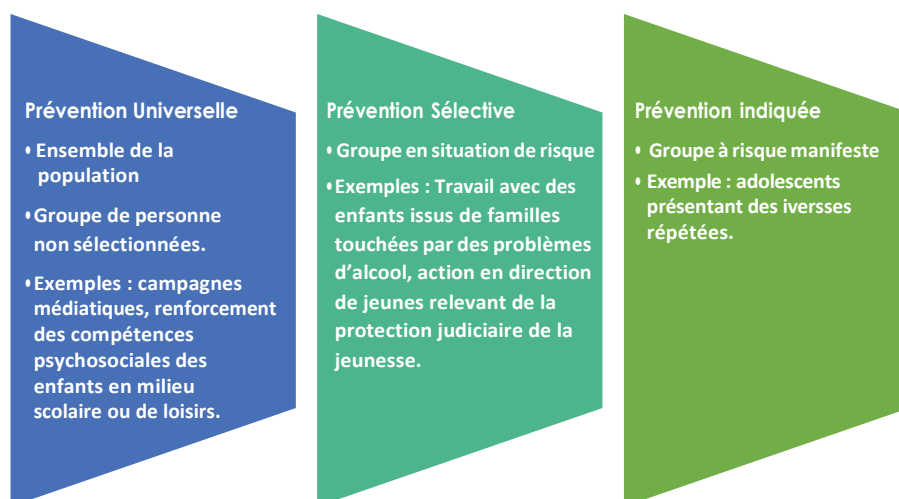
Deux classifications de la prévention coexistent et peuvent être complémentaires.

La 1^{ère} (OMS, 1984), distingue 3 types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire).



Si l'approche qui prévalait a longtemps été autour de la prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, aujourd'hui l'organisation classique de la prévention laisse la place à des modèles centrés sur l'éducation pour la santé et la participation active du public.

La 2^e classification (Gordon, 1983) distingue 3 autres catégories de prévention : universelle, sélective ou indiquée.





A. DES PRINCIPES DE BASE POUR UNE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE : QUELS SONT LES MODELES VALIDES ?

V.A.1. La prévention concerne tous les âges :

La prévention doit intervenir dès le plus jeune âge (dès la maternelle) et se dérouler tout au long de la scolarité et jusqu'à l'âge adulte (25 ans), par des programmes et des approches adaptés, visant le développement des compétences psychosociales (CPS) et la capacité à faire des choix éclairés.

V.A.2. Une approche progressive :

Les notions d'addictions et de conduites addictives doivent être intégrées progressivement dans les actions de prévention. Les produits sont par exemple évoqués en fonction de l'âge du jeune et de son expérience. Un risque est celui d'éveiller la curiosité des jeunes jusqu'à un désir d'expérimentation.

V.A.3. Promotion de la santé et éducation préventive :

La prévention efficace est celle qui favorise la transmission de compétences ou d'habiletés sociales permettant aux populations auxquelles elle s'adresse d'effectuer les choix les plus éclairés et responsables. La prévention des addictions se construit sur la base des concepts de promotion de la santé et d'éducation préventive.

V.A.3.1. La communauté :

La prévention n'est pas réservée aux professionnels de la prévention.

Pour être efficace et s'inscrire dans la durée, elle doit favoriser l'intégration de la communauté (parents, enseignants, animateurs, politiques, pairs, médecins...) qui gravite autour des jeunes.

Par une conception commune de la prévention, chacun peut « jouer son rôle - d'acteur de prévention - en contribuant à un environnement plus favorable, en agissant précocement, en répondant aux problèmes des jeunes...

V.A.3.2. Les pairs :

La prévention par les pairs peut être intéressante pour faciliter la participation des jeunes mais elle doit être accompagnée par des professionnels formés pour éviter tout effet contre-productif.

VI. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE EN MATIERE DE PREVENTION DES ADDICTIONS AU MAROC

Durant ces dix dernières années, le Maroc a vu la multiplication d'actions de prévention avec une forte implication de différents ministères, ONG...

Néanmoins, la politique de prévention des addictions demeure fragmentée et sans continuité. Les actions de prévention des addictions demeurent ainsi limitées le plus souvent à la délivrance d'informations sur produits, avec une absence de programmes de prévention adaptés au contexte socioculturel Marocain et une absence de consensus entre différents acteurs de prévention.

A. POINTS FORTS :

- Avec le Plan Stratégique National de Prévention et de Prise en Charge des Troubles Addictifs 2018-2022, il existe une réelle volonté politique de mettre en place des programmes de prévention des troubles addictifs basés sur l'évidence scientifique et adaptés au contexte socio-culturel Marocain.
- Il existe par ailleurs une motivation importante à travailler dans le champ de la prévention des addictions avec des interventions privilégiées multiples auprès des publics scolaires.
- Le contexte marocain est marqué par un tissu associatif riche et dynamique. De nombreuses ONG ont assigné dans leurs objectifs de lutter contre la consommation des drogues d'une manière globale et/ou de prévenir la consommation des substances psychoactives parmi les populations à risque et en situation de vulnérabilité comme par exemple la population jeune avec troubles mentaux, non scolarisée ou impliquée dans des délits judiciaires.
- Des programmes spécifiques existent au sein de la Direction de la Population et de la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies, dédiés à la promotion de la santé des jeunes et adolescents et à la promotion des modes de vie sains, en plus d'autres programmes et mesures stratégiques dédiés à la lutte anti-tabac et la prévention de l'usage de l'alcool.
- Grâce à ces programmes, certaines structures de proximité aussi bien au ministère de la santé que du secteur de l'éducation nationale offrent des prestations d'écoute et de conseils psychosociaux, d'éducation à la santé pour la promotion du mode de vie sain et la lutte contre les comportements à risque, d'information et d'orientation des jeunes. Parmi ces structures, on peut citer : 30 Centres de Références de Santé Scolaire et Universitaire, 30 Centres Médico universitaires et 32 infirmeries universitaires et 28 Espaces Santé Jeunes.



- Le développement de collaborations intersectorielles a permis de mettre en œuvre des programmes spécifiques. En exemple, le Programme de Rabita AL Mohammadia des Oulémas pour les jeunes visant à renforcer leurs compétences pour les prémunir contre les conduites à risques (violence, consommation de substances psychoactives...). Ce programme a le mérite d'être structuré par tranches d'âge et des supports adaptés à chaque âge sont produits (vidéos, magazines, jeux vidéos, histoires ...etc.).
- Dans le cadre de ce programme, la formation de base des Oulémas et Mourchidates a été renforcée avec des bases en sociologie, psychologie et santé mentale pour mieux appréhender les problématiques diverses et notamment les addictions.
- Au cours des dix dernières années, le Ministère de la Santé a conduit des programmes de renforcement des capacités des professionnels de première ligne, notamment pour l'amélioration de la détection et le diagnostic précoce des troubles addictifs et la mise en pratique des outils de l'Intervention Brève et de l'Entretien motivationnel en tant que compétences au sein du personnel des établissements de santé de base.
- Le renforcement de l'offre de prévention et de soins en addictologie par l'extension de la couverture en centres spécialisés essentiellement basées sur la mise en place d'équipes multidisciplinaires impliquant les organisations de la société civile en tant que partenaires essentiels du Ministère de la Santé, et favorisant la mise en réseau des acteurs au-delà des espaces internes de ces structures. Ceci est le reflet d'une politique pragmatique qu'adopte notre pays pour confronter le problème des addictions de façon holistique.
- Des programmes de Formation Continue en addictologie ont pu être conduits par le Ministère de la Santé au cours des dernières années et des Formations Diplômantes en Addictologie dédiées au personnel médical de la Santé existent. Ces dernières, instaurées en 2009 sont amenées à être élargies à d'autres centres formateurs et à d'autres profils d'acteurs dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des conduites addictives.
- Par ailleurs, la réalisation des enquêtes en milieu scolaire MedSPAD (Mediterranean School Project on Alcohol and other Drugs ; 2006, 2009, 2013 et 2017) vient répondre à une volonté politique marocaine pour évaluer le problème d'usage de drogues en milieu scolaire et établir des recommandations adéquates et adaptées pour la prise en charge de ce problème. Les enquêtes MedSPAD analysent les informations représentatives des élèves marocains en matière de connaissances, d'attitudes, d'opinions et de consommation des substances

psychoactives, en ciblant plus particulièrement la tranche d'âge des 15-17 ans. Ces différentes enquêtes apportent des informations précieuses en matière de collecte d'informations sur la consommation de substances psychoactives chez les élèves marocains âgés de 15 à 17 ans. Elles permettent aussi de dégager les tendances du comportement liées à la consommation sur le long terme.

- Enfin, la création et le lancement de l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions (OMDA) en 2014 fournit aux décideurs des informations factuelles, objectives, fiables et comparables en matière de l'usage de drogues et des addictions, ainsi que de leurs conséquences. L'OMDA est responsable ainsi des aspects scientifiques et de la fiabilité des rapports et publications et permet la collecte et le monitoring des données nécessaires à la prise de décisions en matière de prévention des addictions.

B. POINTS FAIBLES

- Bien que les connaissances sur les pratiques d'usages des élèves se soient améliorées au cours des années, entre autres par les enquêtes MedSPAD en milieu scolaire, mais des lacunes existent sur les consommations des enfants dans la rue (colle, solvants) ou sur l'utilisation de drogues de synthèse (ecstasy, notamment).
- Les programmes de renforcement des compétences, aussi bien des professionnels de santé que des acteurs communautaires, demeurent non systématiques et non constants dans la durée.
- Les modèles théoriques sont largement méconnus par les acteurs de prévention: ne savent pas où les trouver, crainte de ne pas comprendre ...etc.
- L'information et la formation des professionnels au contact du public jeune, notamment les enseignants, éducateurs et moniteurs sportifs est absente. Ils sont en première ligne et pourtant ne disposent pas d'outils pour identifier les jeunes en difficulté, savoir tenir un discours sur les drogues et les addictions, reconnaître les situations préoccupantes, et savoir où les référer.
- L'information grand public, ou en population générale, mais aussi auprès des familles, des jeunes surtout ceux en situation de vulnérabilité, n'est pas bien structurée. Des efforts sont encore à déployer pour une meilleure mobilisation des médias, la création de supports d'information adaptés, et pour la coordination des services concernés.
- Le rôle de la médecine scolaire est encore insuffisamment reconnu, avec une disponibilité des substances psycho-actives à proximité des établissements scolaires de plus en plus remarquée.



- Les interventions de prévention sont en majorité « spontanées », ponctuelles et hétérogènes et constituent le plus souvent des réponses à des événements particuliers ou des situations de crise.
- Concernant l'offre de prévention et de soins en addictologie, il existe actuellement 18 centres d'addictologie relevant du réseau d'établissements médicosociaux du Ministère de la Santé, dont les missions d'accueil, de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Au sein de ces centres, une équipe médicale et une équipe communautaire travaillent en collaboration pour offrir des services complémentaires de prévention, de réduction des risques, de prise en charge thérapeutique et d'appui psychosocial et à la réinsertion. Une offre de soins spécialisée est également offerte dans les centres hospitaliers universitaires. Un total de 28 Espaces Jeunes pour Jeunes, relevant du département de la santé sont également dédiés à l'accueil, à l'écoute et au conseil et à l'orientation pour des consultations spécialisées dédiées aux jeunes et adolescents et leur famille. Le Département de l'Education Nationale offre 30 centres de références de Santé Scolaire et Universitaire et 30 centres médico-universitaires abritant 32 infirmeries universitaires sont recensées. Ces structures collaborent dans leur grande majorité avec les acteurs communautaires actifs dans le domaine de la prévention des troubles addictifs chez les jeunes. Malgré que l'offre de soins spécialisés en addictologie soit en pleine extension, les interventions de diagnostic précoce et d'interventions brèves demeurent très insuffisantes, notamment dans les établissements des soins de santé de base, de même que l'accès aux soins est géographiquement inégal et la couverture géographique demeure insuffisante au vu des besoins identifiés par l'ensemble des acteurs.
- La démarche partenariale est souvent insuffisante avec une politique de prévention éclatée entre les différents partenaires impliqués, et de ce fait, les projets de prévention se heurtent à une discontinuité des actions perdant ainsi de leur efficacité.
- Enfin, les évaluations des actions et interventions de prévention sur la base de l'évidence scientifique sont rarement conduites, voire absentes.

VII. ANALYSE DES INTERVENANTS, COMPETENCES ET PUBLIC CIBLE EN MATIERE DE PREVENTION DES ADDICTIONS AU MAROC

La prévention s'adresse à des sujets, elle sollicite leur participation et leur adhésion, dans le respect de leur autonomie, de leurs valeurs et de leurs sensibilités, avec le souci permanent de leur bien-être et de leur santé, ainsi que ceux de leurs proches.

A. LES INTERVENANTS:

V.A.1. Les Organisations de la Société Civile :

La Société Civile correspond à des associations ou des groupements d'associations œuvrant dans le champ des addictions, de la promotion de la santé, de la lutte contre la précarité, à des associations de patients, d'usagers et de consommateurs.

Au jour d'aujourd'hui, les actions de prévention proviennent essentiellement de la société civile, soit des actions unilatérales qui gagneraient à être unifiées.

V.A.2. Les Professionnels Relais (les enseignants, les professionnels de santé, les éducateurs sportifs et autres) :

Des formations peuvent être proposées aux professionnels relais (enseignants, professionnels de santé, éducateurs sportifs et autres), s'inscrivant dans des activités de prévention et de conseils en addictologie.

Elles doivent permettre à ces professionnels relais de devenir des acteurs de prévention en addictologie, de faire évoluer leurs représentations sur les consommations, les produits et les milieux de vie, de compléter les démarches de soin et d'accompagnement de personnes en difficulté avec leurs pratiques addictives.

Cette démarche permet, dans le respect de la prévention des risques professionnels, de mettre en place des relais de prévention, dans le cadre d'un plan de prévention des risques professionnels.

VII.A.3. Les pairs :

Les pairs sont des personnes présentant des caractéristiques communes d'âge, de situation sociale ou culturelle, de préférences et de perspectives.

Cette approche d'intervention par les pairs implique un échange d'informations et d'opinions avec d'autres personnes afin de mettre en cause des comportements, de corriger des informations fausses et de stimuler des attitudes et des aptitudes positives vis-à-vis de la santé.

Cette approche repose sur le fait qu'à certains moments de la vie, particulièrement dans la jeunesse, l'influence des pairs est plus grande que d'autres voies d'influence.

De nombreuses actions, en milieu scolaire et en milieu festif, font appel à des pairs (jeunes/étudiants). Lorsqu'elle est correctement menée, cette stratégie interactive est efficace tant sur les publics ciblés que sur les pairs eux-mêmes.



Il importe cependant de s'assurer que l'interactivité est réelle afin d'éviter de mettre en place des actions pseudo-participatives ne faisant appel que ponctuellement et de manière anecdotique à la collaboration des jeunes.

VII.A.4. Les leaders religieux (Imams et Mourchidates) :

Les leaders religieux sont actuellement formés en santé mentale et en addictologie durant leur cursus de formation. Ils pourraient, dans le contexte national, après avoir acquis les compétences nécessaires, jouer un rôle primordial en matière de prévention en Addictologie dans leurs conseils et prêches.

B. INTERVENANTS EN PREVENTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : QUELLES COMPETENCES ET POSTURES PROFESSIONNELLES ?

VII.B.1. L'Intervenant de prévention en addictologie :

La profession d'animateur ou intervenant en addictologie n'est pas réglementée au Maroc. Il est à noter qu'il n'existe aucune condition d'âge ou de diplôme pour l'exercer. Il serait souhaitable que les animateurs ou intervenants soient titulaires d'une qualification reconnue.

Un animateur ou intervenant en prévention de l'usage des substances psychoactives peut exercer dans les secteurs public et privé, associatif ou autres, dans des environnements divers (milieu rural, milieu urbain) et sur différents temps (temps périscolaire ou extrascolaire).

Dans ce sens, les intervenants ou animateurs de prévention en addictologie doivent acquérir des compétences en matière de prévention des conduites addictives afin de pouvoir répondre aux situations de terrain.

Il ne s'agit pas d'attendre des animateurs qu'ils deviennent des spécialistes des conduites addictives. Il s'agit plutôt de les former afin que cette problématique soit intégrée dans l'exercice de leurs fonctions éducatives pour savoir répondre convenablement aux besoins des jeunes sur ces questions ou en les orientant, le cas échéant, vers les structures ressources les mieux adaptées.

Au-delà d'animer et d'encadrer des groupes de jeunes en proie à une problématique de comportements et d'addictions, l'animateur est en prise avec les problématiques inhérentes à la vie sociale. Il doit pouvoir y faire face en y étant préparé. Il doit également intégrer et accepter le fait de travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire et complémentaire, dans un partage et une complémentarité des compétences.

Les animateurs de prévention en addictologie doivent s'appuyer sur des données validées par la communauté scientifique et utiliser des supports d'intervention de qualité.

De ce fait, des missions sont multiples et variées et portent sur la conception, le développement, la mise en place, l'animation et l'évaluation d'outils, d'actions de prévention, de sensibilisation et de formation en direction de publics très divers et notamment les jeunes.

Quelques recommandations pour mener des actions de prévention des conduites addictives efficaces :

- S'inscrire dans une démarche de promotion de la santé ;
- S'inscrire dans la durée ;
- Ne pas se limiter à transmettre un savoir, mais privilégier d'autres objectifs comme la modification des représentations ou l'acquisition de nouvelles compétences ;
- Viser le développement des compétences psychosociales ;
- Impliquer les publics ciblés dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet ;
- Intégrer la notion de santé positive dans ses interventions ;
- Ne pas utiliser la peur comme levier ;
- Ne pas juger, stigmatiser ou culpabiliser des populations ;
- Prendre en considération le point de vue du public ciblé, ses expériences et ses besoins ;
- Tenir compte des avantages liés à la consommation de produits psychoactifs ;
- Apporter une information objective et scientifiquement validée ;
- Intégrer au projet des activités visant à renforcer la capacité d'agir des publics ciblés ;
- Privilégier les méthodes interactives favorisant la participation active des publics ;
- Intégrer un mécanisme de repérage et d'orientation : favoriser l'accès aux soins.

VII.B.2. La posture éducative de l'animateur en addictologie :

Il est également important de rappeler la posture éducative de l'animateur. En effet, l'animateur est souvent perçu comme un « modèle » par le public cible qui va chercher



à s'identifier à lui. Il existe parfois une situation de proximité avec le public cible, tant au niveau de l'âge que des centres d'intérêt.

Les animateurs se doivent d'être attentifs aux messages et aux images qu'ils peuvent faire passer, par leurs paroles mais aussi leurs propres comportements.

Leur posture doit être éthique et exemplaire, tant dans leurs attitudes que dans leurs paroles. Il s'agit également de refuser de réaliser une action qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'intervention préétabli.

Ils doivent être très forts en communication orale et détenir la connaissance voulue pour concevoir des interventions de prévention qui cadrent aux besoins des populations cibles en milieu scolaire et communautaire.

Une excellente maîtrise des trois savoirs est impérative, d'abord le savoir, notamment la connaissance sur les drogues les plus couramment utilisées au Maroc et des modèles de prévention que ce guide national de référence préconise et qui sont basés sur les meilleures pratiques. Ensuite vient le savoir être qui dénote l'attitude et la connaissance de soi de l'animateur et de ses talents de facilitateur, sa capacité à 'sentir' son public et finalement le savoir-faire qui demande une bonne maîtrise des outils et techniques qu'il va utiliser basés sur des informations factuelles.

L'intervenant doit aussi avoir une dose de créativité qui le permet de s'adapter en fonction d'un contexte et d'utiliser à bon escient les ressources qu'il possède à sa disposition.

Son langage, sa tenue vestimentaire et son 'body language' doivent être empreints de respect pour son audience. Elle doit utiliser un langage simple et clair et moduler sa voix avec des inflexions voulues.

Elle doit aussi avoir un répertoire d'activités brise-glace afin de permettre aux participants de faire connaissance et de se sentir à l'aise ensemble et des activités énergisantes par le biais de petits jeux courts et amusants pour stimuler l'énergie et maintenir l'intérêt de l'audience.

Finalement, l'intervenant doit bien gérer la dynamique de groupe afin de prévenir qu'une ou deux personnes dominent les discussions et bien maintenir une discipline en souplesse surtout envers des membres de l'audience difficiles.

C. LA PLACE DES OUTILS DE PREVENTION :

Il est essentiel, lors des interventions consacrées à la prévention des addictions, de présenter différents outils qui permettront lors d'interventions avec les futurs animateurs :

- de faire réfléchir le groupe à l'aide de situations concrètes, de différents contextes de consommation ;
- d'apporter une dimension pédagogique (outil multimédia, films, plaquettes, jeux) ;
- de mettre en œuvre un projet de prévention au long cours auprès d'un public cible (sensibiliser un groupe, associer l'ensemble de l'équipe et la direction, créer un outil de prévention avec un groupe).

Dans le cadre de ce guide, les outils de prévention correspondent au programme de prévention UNPLUGGED « se déconnecter ».

Pour le contexte marocain, le Guide National propose le modèle UNPLUGGED de prévention qui réunit une liste de caractéristiques établie par des chercheurs et des praticiens considérées comme des déterminants auprès de jeunes surtout en milieu scolaire, notamment un modèle complet d'influence sociale, alliant des compétences de vie et mettant l'accent sur les normes et l'engagement du jeune à ne pas consommer de drogues.

UNPLUGGED est un programme de prévention des drogues en milieu scolaire et communautaire pour les mêmes groupes d'âge de 12 à 16 ans basé sur l'approche globale de l'influence sociale. Il a été développé, mis en œuvre et évalué au cours d'une étude multicentrique dans sept pays européens (Faggiano et al., 2008).

Il est important de rappeler que les outils ne doivent pas être livrés tels quels au public cible mais plutôt de privilégier son appropriation par le public cible.

D. LES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne.

C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

Elles ont un rôle particulièrement important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large.

Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et que celui-ci est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociales pourrait être un élément influent dans la promotion



de la santé et du bien-être, les comportements étant de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé.

Ces ressources de la vie quotidienne sont regroupées en trois grandes catégories : compétences cognitives, sociales et émotionnelles.

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des feedbacks	Compétences de prise de décision et de résolution de problème	Compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes
L'empathie , c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension	Pensée critique et auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, ou normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les sources d'informations pertinentes	Compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation
Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacités d'affirmation, résistance à la pression d'autrui		Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi
Compétences de coopération et de collaboration en groupe		
Compétences de plaidoyer qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence		

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive, elle peut être complétée grâce aux échanges avec le public cible.

Le développement des compétences psycho-sociales, dès le plus jeune âge, permet de prévenir efficacement les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ou encore les comportements violents, les comportements sexuels à risques ou les problèmes de santé mentale.

Il s'agit d'accroître des compétences « à agir pour » et non « à lutter contre ».

E. PUBLICS CIBLES :

- **Les jeunes de 12 à 16 ans en milieu scolaire ;**
- **Les jeunes de 12 à 16 ans en milieu communautaire et milieux associatifs (clubs de jeunes. etc.) ;**
- **Les parents et la famille (en milieu scolaire et communautaire).**

VII. RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET DE PREVENTION DES ADDICTIONS : CADRE THEORIQUE ET OUTILS PRATIQUES :

VIII.A.1. Cadre théorique pour les jeunes

L'objectif premier de la prévention de l'usage de substances psychoactives est d'aider les personnes, surtout les jeunes, à éviter ou retarder l'initiation de l'utilisation de telles substances psychoactives, ou, si elles ont déjà commencé, à éviter le développement de troubles liés à leur consommation menant à une dépendance nocive.

L'objectif général de la prévention des addictions, cependant, est beaucoup plus large. Il vise au développement sain et sûr des enfants et des jeunes de réaliser leurs talents et leur potentiel et de devenir des membres utiles et responsables de leur communauté et de la société. Une prévention efficace contribue de façon significative à l'engagement positif des enfants, des jeunes et des adultes auprès de leur famille, de leur école, de leur lieu de travail et de leur collectivité.

Chaque enfant est unique et son développement est influencé par une série de facteurs personnels, socio-économiques et culturels. En tant que guide général, on peut tenir compte des éléments suivants pour les définitions de tranches d'âge : la petite enfance et la petite enfance désignent les enfants d'âge préscolaire âgés de 0 à 5 ans ; l'enfance moyenne désigne les enfants de l'école primaire âgés de 6 à 10 ans ; le début de l'adolescence fait référence à des enfants de 11 à 14 ans ; l'adolescence se réfère à l'âge 15 à 18/19 ans ; et ceci est suivi par l'âge adulte à partir de 18 ou 19 ans.

Les interventions suivantes sont recommandées en tenant compte des milieux où elles sont utilisées, les groupes et populations-cibles à être touchées, et les intervenants spécifiquement formés pour les délivrer :

1. En milieu scolaire : par les enseignants, les éducateurs sportifs et les OSC
 - Jeunes par tranche d'âge 12 à 16 ans ;
 - Le tutelage (mentoring) est recommandé comme une des interventions identifiées basées sur l'évidence (des preuves) pour prévenir l'usage de drogues



et la violence parmi les jeunes : par des adultes ayant une bonne psychologie de l'enfant et tenant à cœur le bien-être de l'enfant.

2. En milieu communautaire : par des infirmières, sage-femmes, des OSC et des travailleurs sociaux
 - La femme enceinte : Intervention Brève afin de protéger la santé physique et mentale de la femme enceinte et du bébé qu'elles portent ;
 - La jeune maman : Intervention Brève et Counselling par des OSC et travailleurs sociaux, pour l'équiper de certaines compétences afin d'être un bon parent et de mieux s'occuper et protéger leurs jeunes enfants.
3. En milieu communautaire : par les OSC ; éducateurs sportifs ; chefs religieux ; et autres
 - Les jeunes : Le tutelage (Mentoring) ; les lieux de divertissement : les OSC
 - Les parents : les OSC ;
 - La femme : les OSC et associations féminines et travaillant pour le bien-être de la femme et de la famille.
4. Les sports pour la prévention : éducateurs sportifs et OSC pour les jeunes sportifs, tous les sports confondus à l'école et dans la communauté ;
5. Les réseaux sociaux pour la prévention auprès des jeunes par Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram...etc.

VIII.A.2. Outils pratiques pour les jeunes

UNPLUGGED est basé sur le modèle d'influence sociale globale, étant interactif tout en intégrant des éléments de compétences de vie et des croyances normatives. Les groupes cibles sont les adolescents âgés de 12 à 14 ans, parce que c'est l'âge où les adolescents peuvent commencer à expérimenter avec des substances psychoactives (en particulier le tabagisme, l'alcool ou le cannabis). Il est dédié à diminuer l'initiation à l'usage de substances et/ou à retarder la transition de la consommation expérimentale à la consommation régulière de substances. Le programme est composé de 12 leçons d'une durée de 60 minutes chacune à la fréquence d'une leçon par semaine. La durée de ce programme est donc de 12 semaines. UNPLUGGED repose sur trois piliers, en l'occurrence l'information et attitude, les compétences interpersonnelles et les compétences intra personnelles.

Les compétences à la vie quotidienne liées à la prévention des drogues ont trait aux relations sociales ou aux comportements, comme le contact avec une personne

inconnue et une écoute attentive. Il s'agit de compétences sociales, émotionnelles ou personnelles.

Les références dans ce programme sont liées aux compétences de vie interpersonnelles et intra-personnelles que sont la capacité d'apprécier et de respecter les autres et de créer des relations positives avec la famille et les amis, d'écouter et de communiquer efficacement, de faire confiance aux autres et de prendre leurs responsabilités.

Il est entendu que les compétences de vie peuvent différer d'une culture à l'autre et d'un milieu à l'autre. Cependant, la recherche suggère qu'un ensemble de compétences de base est au cœur des initiatives visant à promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Les croyances normatives jouent également un rôle clé dans la prévention des drogues.

VIII.B.1. CADRE THEORIQUE POUR LES PARENTS ET LA FAMILLE

Le rôle des parents et de la famille consiste à protéger les enfants et les jeunes, à favoriser leur développement sain et à instiller chez lui ou elle des compétences régulatrices de ses émotions et de ses interactions sociales et à prévenir l'usage de substances psychoactives.

Un manque de connaissance sur les substances psychoactives et des conséquences liées à leur usage figurent parmi les facteurs qui augmentent la vulnérabilité d'une personne. D'autres facteurs importants incluent une prédisposition génétique, des traits de personnalité comme l'impulsivité et la recherche de sensations fortes, la présence de désordres mentaux ou de comportements, la négligence ou l'abus parental, un faible attachement à l'école et la communauté, des normes sociales et un environnement propices à l'usage de substances psychoactives .

A l'inverse, le bien être psychologique et émotionnel, des compétences personnelles et sociales, des liens solides avec de bons parents, un fort attachement à l'école et la communauté qui sont organisées et qui ont des ressources constituent autant de facteurs qui réduisent la vulnérabilité de la personne de l'usage de drogues et d'autres comportements à risque.

Le soutien et l'encadrement des parents et de la famille afin de développer ou améliorer leurs compétences parentales sont primordiaux afin d'élever des enfants qui jouissent d'une bonne santé physique et mentale et à prévenir des problèmes liés à l'adolescence plus tard.

Les défis auxquels beaucoup de parents ont à faire face pour subvenir aux besoins de leurs familles sont multiples. Trouver cet équilibre délicat entre la famille et le travail,



les questions d'argent, les obligations sociales et créer un espace convivial avec les enfants sont souvent très difficiles. Des facteurs tels qu'un manque de confiance et de chaleur dans la relation parent-enfant, manque de sécurité, de structure et de discipline dans la cellule familiale constituent autant de risques pour des problèmes de comportement et la santé mentale et l'usage de substances plus tard.

Les programmes visant à augmenter les compétences de la famille se sont avérés très efficaces à prévenir un nombre de problèmes de comportement de leurs enfants y compris ceux liés à la consommation de substances. La recherche a confirmé que les programmes sur développement de ces compétences sont de très loin plus efficaces que simplement donner des informations aux parents et ils peuvent être mis en œuvre dès l'enfance jusqu'à l'adolescence et pérennisent des changements positifs fondamentaux dans le fonctionnement de la famille et des aptitudes des parents.

La famille peut agir comme facteur de protection et de risque en ce qui concerne l'usage de substances psychoactives. Bien que les facteurs génétiques et environnementaux contribuent à façonner le développement des enfants et des jeunes, la dynamique familiale joue un rôle protecteur très important.

La science de la prévention indique que les risques de l'usage de substances psychoactives plus tard par l'enfant sont influencés par la consommation de la cigarette, d'alcool et autres substances psychoactives pendant la grossesse. Ces consommations posent des risques sérieux à la santé de la femme et du bébé même si la femme ne souffre pas de désordres liés à l'usage de substances psychoactives. Les femmes enceintes doivent être informées de ces risques et de leur impact sur le développement normal et sain du fœtus par la sage-femme ou l'infirmière. Celles souffrant de désordres liés à l'usage de substances psychoactives doivent être référées à des services de traitement appropriés.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande que les agents de santé demandent des informations aux femmes enceintes quant à la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives et d'offrir à toute femme enceinte consommant de l'alcool ou d'autres substances psychoactives une intervention brève afin de cesser cette consommation.

L'ensemble de la recherche sur l'évidence en matière de méthodes à être utilisées s'accordent sur un bon nombre de points. D'autres recherches sur la résilience ont permis d'identifier les facteurs familiaux essentiels qui aident à protéger les enfants contre les addictions. Ils convergent sur un nombre d'éléments qui incluent :

- a) L'attachement sécuritaire et sain parent/enfant ;

- b)** Une surveillance parentale et une discipline efficace;
- c)** La communication des valeurs familiales et pro-sociales;
- d)** La participation des parents à la vie de l'enfant;
- e)** Le soutien parental à l'enfant et au jeune (émotionnel, cognitif, social et financier).

Les enfants et les familles qui vivent des événements stressants aigus ou chroniques confient que les facteurs parentaux et familiaux contribuent à la capacité des jeunes de surmonter des situations familiales défavorables et d'obtenir des résultats positifs. La recherche démontre que les parents qui les soutiennent, qui encouragent leurs enfants à devenir indépendants, s'attendent à ce que les règles soient respectées et qu'ils respectent les règles de façon cohérente et équitable dans leurs pratiques disciplinaires, ont des enfants plus résilients que les autres enfants.

D'autres facteurs qui ont contribué à la résilience sont un environnement familial organisé et équilibré, des relations de soutien, des croyances familiales, la cohésion familiale des compétences en résolution de problèmes, en adaptation, et la communication. La recherche fournit des preuves solides que les parents et les familles peuvent être de puissants facteurs de protection dans la vie des enfants et des jeunes.

Inversement, la recherche fournit des preuves que les relations parents-enfants et les familles caractérisées par l'indifférence, la non-réactivité, l'insécurité émotionnelle et le manque d'uniformité des parents dans l'entretien et le réconfort des enfants au cours des premières années de développement sont associées à des risques de dépression, d'anxiété et de problèmes relationnels chez les enfants et les adultes.

Les principaux facteurs dans une famille qui exposent les enfants et les jeunes à un risque d'addictions sont : a) le manque de liens et l'insécurité des relations avec les parents; b) L'absence d'une relation significative avec un adulte attentionné; c) Un rôle parental inefficace; d) Une maison chaotique.

Les programmes de formation aux compétences familiales visent généralement à renforcer les facteurs de protection de la famille. Ils peuvent inclure des exercices visant à accroître la communication, la confiance, les compétences en résolution de problèmes et la résolution des conflits. Ils peuvent inclure des occasions pour les parents et les enfants de passer du temps positif ensemble, comme moyens de renforcer les liens et l'attachement entre les parents et les enfants.



Pour correspondre aux facteurs de protection et de risque décrits, les programmes de formation aux compétences familiales comprennent généralement des stratégies visant à accroître : a) les relations familiales positives; b) la surveillance discrète de l'enfant ou du jeune; c) la communication des valeurs et des attentes familiales.

VIII.B.2. Outils pratiques pour les parents et la famille

(Se référer aux fiches techniques plus bas, et aux sessions de formation associées à ce guide).

IX. MODELES DE PREVENTION DES ADDICTIONS CHOISIS POUR LE CONTEXTE MAROCAIN

A. POUR LES JEUNES

IX.A.1. Le modèle UNPLUGGED (Se référer aux fiches techniques plus bas, et aux sessions de formation associées à ce guide).

B. POUR LES PARENTS ET LA FAMILLE

Un bon programme de compétences familiales est basé sur un nombre de principes tenant compte de l'évidence et les bonnes pratiques mentionnées plus haut :

Principe 1. Un bon programme de prévention destiné aux parents est basé sur une théorie robuste visant à empêcher un comportement problématique en s'adressant aux causes primaires de ce comportement à un stade précoce et à le modifier ;

Principe 2. Il est basé sur une évaluation des besoins des parents afin de mieux comprendre leur situation en ce qui concerne les facteurs de risque et de protection concernant la famille et d'informer le choix d'une intervention appropriée ;

Principe 3. Il doit répondre efficacement au niveau de risque chez la population en général (prévention universelle) et les familles considérées à haut risque visées (programmes sélectifs) ;

Principe 4. Il doit répondre spécifiquement aux besoins de formation des parents prenant en compte l'âge et le niveau de développement de leurs enfants ;

Principe 5. L'intensité et la durée du programme doivent être adéquates.

Il est crucial de planifier un nombre suffisant de sessions de formation afin de donner aux parents l'opportunité de pratiquer les compétences visant à favoriser un changement de comportement.

Pour les programmes universels, 4 à 8 sessions suffisent dans la mesure où les familles dans la population générale comptent moins de facteurs à risque et peuvent changer avec moins d'efforts.

En ce qui concerne les programmes de formation sélectifs pour des familles à haut risque, il faut planifier 8 à 12 sessions, y compris des 'booster leçons'. Plus grand est le nombre de facteurs de risques, plus de temps est requis pour établir la confiance, influencer et changer les comportements et apporter un soutien psychologique et si possible socio-économique.

Chaque session de formation dure 2 heures.

Principe 6. Les sessions doivent être interactives.

Les activités sont organisées avec des groupes de 8 à 12 familles. Fournir de l'information sur les compétences familiales et en discuter est insuffisant; les programmes de formation sur les compétences familiales fondés sur des données probantes doivent utiliser des techniques interactives pour donner aux parents et aux familles la possibilité de mettre en pratique les compétences acquises au cours des séances. La pratique à domicile est une autre technique interactive essentielle. Pour ce faire, le nombre de familles qui assistent à chaque séance devrait être réduit au minimum. Bien qu'il soit difficile pour être prescriptif, le nombre recommandé de familles dans un groupe varie entre 8 et 12 familles.

Principe 7. Il doit fournir aux parents les compétences et les possibilités de renforcer les relations familiales positives et la supervision et le suivi de la famille, et les aider à communiquer les valeurs et les attentes de la famille.

Bien que les programmes de formation aux compétences parentales familiales varient considérablement, ils sont fondés sur une compréhension relativement commune des facteurs de risque et de protection dans les familles et comprennent donc de nombreuses caractéristiques et compétences de base.

Le contenu et les compétences nécessaires pour les parents incluent l'enseignement aux parents à être réceptifs aux enfants. Les parents devraient apprendre et pratiquer la façon de :

- a) Faire preuve d'affection et d'empathie les uns envers les autres, leurs enfants et les autres personnes ;
- b) Faire preuve d'une attention et de louanges positives, compatibles avec un comportement souhaitable qui a été clairement communiqué à l'enfant ;



- c) Exprimer de façon appropriée leurs sentiments et leurs émotions, parler des sentiments et des émotions de leurs enfants et les autres, et aider leurs enfants à reconnaître leurs sentiments et leurs émotions ;
- d) Identifier et modéliser un comportement qui correspond aux valeurs et aux normes qu'ils veulent transmettre à leurs enfants ;
- e) Apprendre de nouvelles compétences d'adaptation, de résilience et de gestion de la colère pour éviter d'autres stress, utiliser des stratégies équitables et éliminer les attaques verbales et physiques ;
- f) Utiliser des compétences de jeu réactives, c'est-à-dire comment laisser les enfants mener la pièce et apprendre à gérer les enfants.

Principe 8. Il doit être adapté pour répondre aux valeurs culturelles et socio-économiques de la population cible grâce à un processus bien rodé. Le processus d'adaptation doit être systématique et soigneusement planifié pour équilibrer les besoins de la communauté avec la nécessité de conserver la fidélité au programme original qui a été évalué et trouvé efficace.

X. OUTILS DE PREVENTION : FICHES TECHNIQUES

Les fiches techniques pratiques sont élaborés en s'inspirant de modèles de bonnes pratiques en matière de prévention et des documents de référence internationales des Nations Unies et d'autres instances d'expertise mondialement reconnus. Ils ont été développés en prenant en considération les spécificités sociales, culturelles et religieuses de la société marocaine.

A. OUTILS DE PREVENTION AUPRES DES JEUNES

Le modèle de prévention UNPLUGGED de l'Union Européenne s'est avéré un outil de choix pour la prévention de l'usage de substances psychoactives parmi les jeunes surtout en milieu scolaire. Les fiches techniques sont constituées de 12 sets de diapositifs en forme de Power Point qui seront des appuis techniques pour les intervenants. Il est à souligner que les intervenants recevront au préalable une formation sur l'utilisation de UNPLUGGED au Maroc car sa mise en œuvre dépend d'une méthodologie interactive très spécifique.

Les 12 leçons sont les suivantes :

Leçon 1 Ouverture UNPLUGGED

Leçon 2 Pour être ou ne pas être dans un groupe

Leçon 3 Faire un choix - alcool, risque et protection

Leçon 4 Ce que vous croyez, est-ce basé sur des faits réels?

Leçon 5 Fumer la drogue de la cigarette - Informez-vous

Leçon 6 Exprimez-vous

Leçon 7 Levez-vous/Tenez bon pour (défendez) vos idées (Get up/Stand Up)

Leçon 8 Party Tiger / La socialité

Leçon 9 Drogues - Informez-vous

Leçon 10 Compétences d'adaptation

Leçon 11 Résolution de problèmes et prise de décision

Leçon 12 Réglage d'objectif.

Les intervenants seront formés afin de bien mettre en œuvre le programme. Ils auront à leur disposition 12 fiches techniques, une fiche pour chaque leçon sous forme de diapos power point afin de faciliter leurs tâches.

Les 12 Fiches Techniques sur UNPLUGGED sont attachées en power point.

B. OUTILS DE PREVENTION AUPRES DES PARENTS ET LA FAMILLE

En ce qui concerne l'outil de prévention auprès des parents et la famille, ce Guide national privilégie un modèle qui s'est inspirée d'un nombre de programmes de prévention auprès de cette population qui ont été mises en œuvre dans différents contextes culturels et qui ont été rigoureusement évaluées.

XI.B.1. Interventions Brèves (Pour formateurs/facilitateurs)

Les Interventions Brèves sont une méthode idéale de prévention pour les adolescents et les adultes. Elles consistent en une ou plusieurs sessions de counseling un-sur-un (individuel) qui sont délivrées par le personnel de santé et des travailleurs sociaux formés en la matière à des personnes qui peuvent être à risque mais qui ne nécessitent pas forcément un traitement.

La session est structurée et dure entre 5 à 15 minutes. Elle identifie d'abord si un problème de l'usage de substance psychoactive existe et offre immédiatement un counseling de base et une référence pour le traitement si le cas l'indique.

Les Interventions Brèves sont normalement offertes dans des centres de santé primaires mais sont aussi efficaces aux urgences et dans des lieux non-sanitaires informels comme en milieu associatif communautaire ou organisation de la société civile, et à l'école et sur le lieu de travail.



Les Intervention Brèves utilisent des techniques de l'entretien motivationnel et l'usage de substances psychoactives par la personne est discuté. Cette dernière est encouragée à prendre des décisions pour son bien-être et à établir un plan de travail avec des objectifs bien définis pour adresser son problème d'addiction. Dans ce cas, les interventions brèves sont délivrées sur un maximum de 4 sessions durant de 30 minutes à une heure chacune.

Par ailleurs, les OSC formées en matière de prévention de l'usage des drogues ou des comportements addictifs sont rares, bien que plusieurs de ces organisations non gouvernementales travaillent dans ce domaine. Un vide existe aussi tant au niveau des supports de formation que des guides d'orientations pour la mise en œuvre de programmes spécifiques dans le domaine. L'élaboration d'un guide pratique dédié aux acteurs œuvrant auprès des populations jeunes et à risques, aussi bien professionnels de santé et aux intervenants de groupes associatifs offre à ces derniers, des outils et des orientations précises pour la mise en œuvre de programmes cohérents de prévention de l'usage des substances psychoactives auprès des populations jeunes, notamment en situation de vulnérabilité comme les enfants de rue, les jeunes en conflit avec la loi et autres délinquants.

Les interventions de prévention suivantes sont recommandées pour la femme enceinte:

X.B.2. La femme enceinte

Il est scientifiquement prouvé que la consommation d'alcool, de nicotine et de drogues pendant la grossesse affecte négativement les embryons et les fœtus en développement.

Les consultations prénatales sont des moments privilégiés pour éduquer la femme enceinte des dangers de l'usage de ces substances psychoactives pour sa propre santé et celle du bébé qu'elle porte pendant sa grossesse et plus tard dans la vie de son enfant.

Intervention recommandée : Intervention Brève en utilisant la méthode DIBRT qui consiste au :

- Dépistage
- Intervention Brève de 5 à 10 minutes
- En cas de nécessité, la référence au traitement.
- Acteur/Intervenant: Personnel de santé et travailleurs sociaux en milieu communautaire.

La description des outils de l'intervention brève est disponible dans le module de formation associé à ce guide.

X.B.3. La jeune maman

A ce stade précoce du développement du nourrisson, il/elle a des interactions avec les parents, surtout la maman. La jeune maman peut manquer de compétences parentales et/ou souffrir d'autres difficultés liées à une mauvaise santé, à des difficultés financières ou à d'autres difficultés en particulier dans un environnement socio économiquement marginalisé ou dans un milieu familial dysfonctionnel.

Intervention recommandée : Education sur les compétences parentales

Acteur/Intervenant : Médecin et/ou nurse en milieu hospitalier et travailleurs sociaux en milieu communautaire.

X.B.4. Les parents

Pré-Module. Introduction (pour les formateurs, facilitateurs et intervenants seulement)

Module 1. Comprendre les drogues utilisées dans le contexte marocain (la cigarette ; l'alcool ; le cannabis ; l'héroïne ; les stimulants incluant la cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy). Leurs effets néfastes sur la santé.

Module 2. Comment donner à votre enfant un sentiment de sécurité

- Créer un environnement familial sûr, paisible, harmonieux et bienveillant à la maison ;
- Promouvoir un attachement sécuritaire et sain parent et enfant ;
- Etablir une surveillance parentale discrète et une discipline efficace ;
- Ne criez/hurlez pas à vos enfants ;
- Les parents ne doivent pas se disputer devant les enfants.

Module 3. La communication et le dialogue.

- La communication active ;
- Écoutez attentivement vos enfants : Consacrez vous complètement à eux lorsque vous êtes ensemble. (Rangez votre portable ; ne lisez pas votre journal ; ne regardez pas la télévision ou votre iPad) ;
- Communication des valeurs familiales et pro-sociales ;
- Soyez chaleureux envers eux ;



- Montrez de l'intérêt dans leurs activités ;
- Prenez du plaisir à participer à des activités avec votre enfant ;
- Jouez et soyez heureux ensemble. (Jouez un match de foot ou à un autre sport ensemble) ;
- Encouragez-les régulièrement. Félicitez-les pour leurs efforts et leurs réalisations même minimes.

Module 4. Établir la discipline familiale et les règles de la maison

- Soyez un bon modèle (rôle model) pour votre enfant qui encourage un bon comportement ;
- Inculquez un sens de la discipline chez l'enfant. Les enfants et les jeunes ne sont pas des adultes. Leurs cerveaux sont en pleine maturation ;
- L'enfant a besoin de connaître les règles de la famille et apprendre à ne pas les transgresser ;
- Établissez des règles claires et raisonnables et révisez-les à mesure que l'enfant grandit ;
- Discutez ces règles avec lui/elle et de ses conséquences au cas où elles ne sont pas respectées. Évitez les réactions excessives et n'imposez pas de sanctions que vous ne pouvez pas appliquer ;
- La conséquence doit correspondre à la gravité de l'entorse aux règles ;
- Soyez ferme en ce qui concerne l'usage de substances psychoactives. Protégez votre enfant contre la dépendance aux substances et autres comportements néfastes ;
- Ne vous laissez pas emporter par vos émotions. Évitez les réactions négatives ou émotives ;
- Trouvez un équilibre entre le contrôle du comportement de votre enfant et sa progression vers l'autonomie ;
- Montrez à votre enfant que vous vous imposez également des limites ;
- Choisissez vos batailles. Est-ce vraiment utile de se quereller pour des choses peu importantes?

Module 5. Soutien parental (émotionnel, cognitif, social et financier).

- Soutien à l'enfant pour accomplir des tâches difficiles et atteindre des objectifs ;

- Les guider dans des situations difficiles ;
- Les aider à acquérir des compétences en la résolution de problèmes ;
- Offrez à l'enfant des informations et une aide pratique pour résoudre un problème ;
- Offrez de l'argent pour subvenir à un besoin important après une bonne conversation avec l'enfant et une bonne analyse.

Module 6. Enseigner aux parents comment gérer leur stress en utilisant la méthode Qi Gong.

Les parents très souvent souffrent de stress de multiples sources ce qui les empêche de bien gérer leurs vies. Une source importante de ce stress est les situations et les difficultés que leurs enfants vivent. Une méthode efficace qui permet d'atténuer le stress et en même promouvoir est la méthode Qi Gong.

Dans la philosophie Qi Gong, Qi signifie la respiration subtile ou énergie vitale et Gong est une compétence cultivée par la pratique constante.

Qi Gong est une ancienne pratique chinoise qui a été développée et utilisée en Chine pendant 7000 ans pour prévenir la maladie et améliorer la condition physique. La concentration, la relaxation, la méditation, la régulation de la respiration, la posture et les mouvements du corps sont les composantes de base du Qi Gong qui vise à atteindre un flux harmonieux dans le corps et de cultiver un esprit d'exercice d'entraînement systématique pour améliorer la condition physique et le bien-être général grâce à la coordination des mouvements rythmiques, une respiration réglementée et la méditation.

Qi Gong peut être décrit comme une pratique qui améliore la santé physique et mentale en intégrant la posture, le mouvement, la technique de respiration, l'automassage, le son et l'intention ciblée.

Ce Guide pratique recommande l'application légère de cette méthode qui, pratiquée pendant 10 à 15 minutes tous les jours procure un grand bien être physique et mental. (Avec Démonstration vidéo)

XI.B.5. La Famille

La famille est l'unité qui comprend les parents et les enfants ou les jeunes. Les deux modules suivants sont des sessions conjointes interactives réunissant les parents et les jeunes et visant d'une part à réduire des approches ou des méthodes parentales qui utilisent la coercition et de l'autre à améliorer la communication entre parents et jeunes. Les deux modules reprennent en partie des éléments contenus dans les modules 3 et 5 destinés aux parents.



Module 7 (pour la famille). Mieux utiliser les liens familiaux protecteurs pour atténuer la pression des pairs.

- Soutien à l'enfant pour accomplir des tâches difficiles et atteindre des objectifs ;
- Les guider dans des situations difficiles ;
- Aider les enfants à acquérir des compétences en la résolution de problèmes ;
- Offrir à l'enfant une aide pratique pour résoudre un problème ;
- Planifier et organiser ensemble les activités communes de la vie familiale;
- Appliquer des mesures disciplinaires adaptées en fonction de la sévérité d'une entorse aux règles établies et au niveau de développement de l'enfant ;
- Discuter calmement de sujets difficiles tels que l'usage de substances psychoactives, les relations interpersonnelles et la sexualité.

Module 8 (pour la famille). Favoriser la communication et le dialogue entre parents et enfants et à résoudre des problèmes ensemble. Pendant cette session, les familles donc les parents et les enfants apprennent et pratiquent ensemble comment :

- Écouter attentivement les uns et les autres ;
- Communiquer des valeurs familiales et pro-sociales communes et apprendre à les respecter ;
- Discuter ensemble des problèmes importants et les résoudre ensemble ;
- Dégager un consensus sur le partage des tâches entre les membres de la famille ;
- Fournir un feedback approprié sur les actions des uns aux autres dans le respect.

XI. DEMARCHES QUALITE D'EVALUATION DES INTERVENTIONS / PROGRAMMES DE PREVENTION

Ce Guide National recommande que toutes les activités mises en œuvre en prévention de l'usage de substances psychoactives soient suivies par un système rigoureux de suivi et évaluation. Ceci permettra à terme de mettre en exergue la pertinence de telles activités et de leur efficacité. Des protocoles d'évaluation seront éventuellement discutés en concertation avec le programme national au niveau de la DELM.

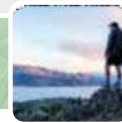
En ce qui concerne les activités de UNPLUGGED auprès de jeunes, l'évaluation se fera à partir d'un questionnaire qui sera administré aux bénéficiaires de ce programme. Un pré-test précédant la mise en œuvre est suivi par un post-test en utilisant le même

questionnaire au terme de 12 semaines du programme. Un deuxième post-test est administré aux mêmes bénéficiaires 9 à 12 mois après la fin du programme. Un groupe de contrôle comprenant le même nombre jeunes, et avec un profil identique des participants peut aussi être envisagé avec un pré-test et un post-test final.

XII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références (Les jeunes)

1. Bandura, A. (1977). The Social Learning Theory.
2. Burkhart, G. Prevention Systems by Policy Interventions. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal.
3. Botvin, G. J., et al. (1984). A cognitive behavioural approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviours*, 9, 137-147.
4. Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention Catalano, R.F. & Hawkins, J.D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behaviour. *Delinquency and Crime: Current Theories*. Cambridge: Cambridge University Press.
5. CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
6. Colombo Plan Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
7. EMCDDA. Communities That Care (2017). A comprehensive prevention approach for communities.
8. EMCCDA European Drug Prevention Quality Standards (2011)
9. EMCCDA European Drug Prevention Quality Standards (2011). A manual for prevention professionals.
10. EMCDDA behaviours. (2018). Environmental substance use prevention interventions in Europe.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). Social marketing guide for public health managers and practitioners. Stockholm: ECDC.
12. French J, Gordon R. (2015). Strategic Social Marketing London: Sage.
13. Foxcroft et al. (2016). Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Systematic Review - Intervention*.



14. Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J.E. Stevenson (ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford, England.
15. Jasuja et al. (2005). Using structural characteristics of community coalitions to predict progress in adopting evidence-based prevention programs. *Evaluation and Programme Planning*.
16. ILO (1996). *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace*. An ILO code of practice, Geneva, International Labour Office.
17. Kumpfer, K. L. (2002). *Factors and Processes Contributing to Resilience. The Resilience Framework*.
18. Kumpfer, K. L. and Turner, C.W (1990). The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention, *International Journal of the Addictions*, vol. 25, Suppl. 4.
19. *Guide de prévention pour les parents (2008). Les enfants et les drogues*. Projet conjoint de l'AADAC, de l'AHS et du Service de sensibilisation aux drogues et au crime organisé de la GRC.
20. McLeod, S. (2007; updated 2018). *Skinner Operant Conditioning*. Simple Psychology.
21. Nation, M., et al. (2003). What works in prevention: Principles of Effective Prevention Programmes. *American Psychologist*, 58.
22. *Résultats de l'enquête MedSPAD III Maroc 2017*. Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. <https://rm.coe.int/2018-ppg-med-1-medspad-report-morocco-fra/16808cbf41>
23. Rolf, J.E., & Johnson, J.L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. In M. D. Glantz & J.L. Johnson (eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York.
24. Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. et al (eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
25. Smith, D. (2001). Prevention: Still a young field. *American Psychological Association Monitor on Psychology*, 32(6).

26. UNODC (2016) The Strong Families Programme.
27. Oxford Brookes University. Strengthening Families. Programme 10 - 14.
28. The European Union Unplugged Drug Use Prevention Programme.
29. UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs
30. UNODC and WHO International Standards for Drug Use Prevention. Second Updated Edition. (2012)
31. van der Vorst, H et al (2007). Alcohol-specific rules, personality and adolescents alcohol use: a longitudinal person-environment study, *Addiction*, vol. 102, No. 7.
32. WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.
33. WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0.
34. WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.
35. WHO (2012), Brief psychosocial interventions, Evidence profile. www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents-in-brief/prevention-principles.
36. www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors
37. www.europeansocialmarketing.org/social-marketing. European Social Marketing Association. Definition of social marketing. [Internet]. (2014)
38. www.samhsa.gov/sites/default/files/sbirtwhitepaper_0.pdf
39. www.who.int/hac/techguidance/training/predeployment/Developingpublichealthmessages.pdf
40. www.researchgate.net/publication/51118058_Universal_school-based_prevention_programs_for_alcohol_misuse_in_young_people

Références (Parents et Familles)

1. Allen, D, Coombes, L and Foxcroft, D. Preventing alcohol and drug misuse in young people: adaptation and testing of the strengthening families programme 10-14 (SFP10-14) for use in the United Kingdom.



2. Catalano, R. F et al. (1993). Using research to guide culturally appropriate drug abuse prevention, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, No. 5.
3. DeMarsh, J. P and Kumpfer, K. L. (1985). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescence”, *Journal of Children in Contemporary Society*, vol. 18, Nos. 1-2.
4. Kazdin, A. E. et al. (1987). Problem solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behaviour”, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, vol. 55, No. 1.
5. Kazdin, A. E. (1995). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, 2nd ed., *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry series*, vol. 9 (Thousand Oaks, California, Sage Publications).
6. Koh, T. (1982). Qigong. Chinese Breathing Exercise, *American Journal of Chinese Medicine*, vol. 10, no. 1.
7. Kumpfer, K. L. and Alvarado, R. (1995). Strengthening families to prevent drug use in multi-ethnic youth”, *Drug Abuse Prevention with Multiethnic Youth*, G. J. Botvin, S. P. Schinke and M. A. Orlandi, eds. (Thousand Oaks, California, Sage Publications).
8. Kumpfer, K. L et al. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program, *Evaluation and the Health Professions*, vol. 31, No. 2.
9. Kumpfer, K. L. and Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse, *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*, Zili Sloboda and William J. Bukowski, eds. (New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers).
10. Kumpfer, K. L, Alvarado, L. R and Whiteside, H. O. (2003)“Family-based interventions for substance use and misuse prevention”, *Substance Use and Misuse*, vol. 38, Nos. 11-13.
11. Molgaard, V. K, Spoth, R. L, Redmond, C. (2000). Competency Training. *The Strengthening Families Programme: For Parents and Youth 10-14*.
12. Porter, L and Porter, B. (2004). A blended infant massage-parenting enhancement program for recovering substance-abusing mothers”, *Pediatric Nursing*, vol. 30.
13. Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy, *Journal of Family Therapy*, vol. 21, No. 2, pp. 119-144.

14. Sale, E. et al. (2003). Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model, *Journal of Drug Education*, vol. 33, No. 1.
15. Stephenson, M. T and Helme, D. W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use, *Journal of Drug Education*, vol. 36, No. 3.
16. Stephenson, M. T. et al (2005). Authoritative parenting and drug-prevention practices: implications for antidrug ads for parents, *Health Communication*, vol. 17, No. 3.
17. Tobler, N. S. and Kumpfer, K.L. (2000). Meta-analyses of family approaches to substance abuse prevention, unpublished report prepared for the Center for Substance Abuse Prevention (Rockville, Maryland).
18. van der Vorst, H et al. (2006). The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behaviour", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, No. 12.
19. United States of America, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Preventing Drug Use Among Children and Adolescents (2009): a Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, 2nd ed., NIH publication No. 04-4212(A) (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse).
20. UNODC Family Life Skills (2009)
21. Van der Vorst, H et al. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: a longitudinal study, *Psychology of Addictive Behaviours*, vol. 20, No. 2.
22. Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice", *Family Process*, vol. 42, No. 1.
23. Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience*, 2nd ed. New York, Guilford Press.
24. www.webmd.com/fitness-exercise/a-z/tai-chi-and-chi-gong
25. www.nqa.org/what-is-qi-gong
26. www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/182208.pdf.