

Groupe Pompidou



D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives

Richard Muscat
et des membres de la plate-forme Recherche du Groupe Pompidou



Council of Europe Publishing
Editions du Conseil de l'Europe

**D'une politique
sur les drogues illicites
à une politique
sur les substances psychoactives**

*Richard Muscat
et des membres de la plate-forme Recherche
du Groupe Pompidou*

Edition anglaise :

From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances

ISBN 978-92-871-6480-3

Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe.

Tous droits réservés. Aucun extrait de cette publication ne peut être traduit, reproduit, enregistré ou transmis, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique (CD-Rom, internet, etc.), mécanique, photocopie, enregistrement ou de toute autre manière – sans l'autorisation préalable de la Division de l'information publique et des publications, Direction de la communication (F-67075 Strasbourg Cedex ou publishing@coe.int).

Illustration de la couverture : Sara Whomsley

Mise en page : Jouve

Editions du Conseil de l'Europe

F-67075 Strasbourg Cedex

<http://book.coe.int>

ISBN 978-92-871-6479-7

© Conseil de l'Europe, décembre 2008

Imprimé dans les ateliers du Conseil de l'Europe

Les auteurs

Professeur en neurosciences comportementales, département des sciences biomédicales à l'université de Malte, Richard Muscat est président de la Commission nationale des drogues à Malte. Au sein du Groupe Pompidou, il est le coordinateur de la plate-forme Recherche. Il a rédigé la synthèse.

Membres de la plate-forme Recherche du Groupe Pompidou

Les personnes suivantes ont rédigé les résumés.

Neoklis Georgiades, directeur de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies, Chypre

Pavla Chomynova, Point focal national tchèque pour les drogues et les toxicomanies, Commission nationale de lutte contre l'abus des drogues, Office du Gouvernement de la République tchèque

Kaire Vals, Institut national pour le développement de la santé – Observatoire des drogues, Estonie

Dominique Vuillaume, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) – pôle Recherche, Paris

Ingo Kipke, Tim Pfeiffer-Gerschel, Krystallia Karachaliou et Ludwig Kraus, Institut für Therapieforschung (IFT), Allemagne

Zsolt Demetrovics, Unité de recherche sur la toxicomanie, université Eötvös Loránd, Hongrie.

Brigid Pike, Unité de la recherche de l'alcool et des drogues – Conseil de la recherche et de la santé, Irlande

Sophia Lopes da Costa, psychologue, Point focal luxembourgeois de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

Mirjam van Keulen et Dike van de Mheen, Institut de recherches sur la toxicomanie, Rotterdam

Astrid Skretting, chercheur, Institut de l'alcool et de la recherche sur les drogues, Norvège

Janusz Sieroslawski, Institut de psychiatrie et de neurologie, Pologne

Fernanda Feijão, Unité d'études et de recherche, ministère de la Santé, L. Dias, M. Moreira, Portugal.

Andrei Botescu, chercheur à l'Agence nationale roumaine de lutte contre la drogue, Roumanie

Jože Hren, ministère de la Santé, Slovénie

D^r Markus Spinatsch, chef de la section Drogues, Office fédéral de la santé publique, Suisse

Mustapha Pinarci, direction générale de la Sécurité, ministère de l'Intérieur, Turquie.

Gail Eaton, Point focal antidrogues, département de la Santé, Royaume-Uni.

Le Groupe Pompidou

Le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) est un organe intergouvernemental créé en 1971. Depuis 1980, il exerce ses activités au sein du Conseil de l'Europe. Trente-cinq pays sont aujourd'hui membres de ce forum multidisciplinaire européen qui permet aux responsables politiques, aux professionnels et aux chercheurs d'échanger des informations et des idées sur les divers problèmes posés par l'abus et le trafic illicite des drogues. Il a pour mission de contribuer à l'élaboration dans ses Etats membres de politiques en matière de drogues qui soient multidisciplinaires, novatrices, efficaces et basées sur des connaissances validées. Il entend relier les politiques, la pratique et la recherche scientifique.

En créant en 1982 un groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogue, le Groupe Pompidou a été un précurseur dans le développement de la recherche sur les drogues et la surveillance des problèmes qui y sont liés en Europe. L'étude multivilles visant à évaluer, interpréter et comparer les tendances en matière d'usage de drogues en Europe est l'une de ses principales réalisations. Parmi ses autres contributions significatives, on compte l'expérimentation d'un ensemble d'indicateurs (indicateur de demande de traitement) et d'approches méthodologiques, notamment une méthodologie pour les enquêtes en milieu scolaire qui a donné naissance à l'ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs¹).

Le groupe d'experts en épidémiologie, actif de 1982 à 2004, a été remplacé par la plate-forme Recherche. Cela s'est accompagné d'un changement de rôle, de l'élaboration de méthodes de collecte de données et d'observation à l'évaluation de l'impact de la recherche sur la politique. Cette activité a débuté en 2004 avec la tenue de la conférence stratégique sur « Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain – acquis et perspectives », qui a mis en évidence une importante lacune, à savoir le manque de partage des connaissances.

1. Voir la liste de documents et publications du Groupe Pompidou à la fin du présent document.

La plate-forme Recherche a pour principal rôle d'encourager une meilleure utilisation des données issues de la recherche dans les politiques et les pratiques, facilitant ainsi le développement de politiques fondées sur des connaissances scientifiques. Elle donne des informations sur les résultats récents de la recherche sur les drogues dans le domaine social et biomédical, et facilite les échanges entre ces disciplines et la recherche en psychologie. Des rapports sur ces questions sont régulièrement publiés. L'une de ses dernières réalisations est la création en 2007 d'un registre en ligne sur les projets de recherche en cours sur les drogues, en collaboration avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, pour améliorer l'échange de connaissances.

Le livre s'ouvre sur une synthèse que le Groupe Pompidou a commandée au professeur Richard Muscat, président de la plate-forme Recherche 2007-2010. Il fait suite à une demande de l'Office fédéral de la santé publique visant à obtenir des informations sur la façon dont sont formulées et appliquées les politiques en matière de drogues dans d'autres pays. Ces données serviront de base aux débats lancés par la Commission fédérale suisse pour les questions liées aux drogues, sur le thème « Passage d'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives ». Dix-sept membres de la plate-forme Recherche ont présenté une analyse rétrospective de leur politique en matière de drogues, tenant compte du contexte social et culturel. Leurs contributions figurent dans le présent rapport et permettent d'alimenter la réflexion à mener sur l'évolution, à partir de politiques distinctes sur l'alcool, le tabac et les drogues, vers une politique unique intégrant toutes les substances.

Table des matières

1. Synthèse.....	9
2. Contexte de l'élaboration de la Stratégie nationale antidrogue de Chypre.....	39
<i>Neoklis Georgiades, directeur de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies, Chypre</i>	
3. République tchèque : politique en matière de drogues et lien avec les politiques en matière de tabac et d'alcool.....	53
<i>Pavla Chomynova, Point focal national tchèque pour les drogues et les toxicomanies, Commission nationale de lutte contre l'abus des drogues, Office du Gouvernement de la République tchèque</i>	
4. Historique des mesures et stratégies de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Estonie	65
<i>Kaire Vals, Institut national pour le développement de la santé, Observatoire des drogues, Estonie</i>	
5. Genèse, en France, d'une politique publique des drogues incluant les substances à la fois licites et illicites.....	73
<i>Dominique Vuillaume, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), pôle « Recherche », Paris</i>	
6. Vers une politique sur les substances psychoactives : le cas de l'Allemagne.....	79
<i>Ingo Kipke, Tim Pfeiffer-Gerschel, Krystallia Karachaliou et Ludwig Kraus, Institut für Therapieforschung (IFT), Allemagne</i>	
7. Le développement de la politique hongroise de lutte contre la consommation des drogues et de l'alcool.....	91
<i>Zsolt Demetrovics, Unité de recherche sur la toxicomanie, université Eötvös Loránd, Hongrie</i>	
8. Irlande : évolution des politiques de lutte contre les drogues et liens avec les politiques de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, selon le contexte, l'idéologie politique et les données scientifiques.....	97
<i>Brigid Pike, Unité de la recherche sur l'alcool et les drogues, Conseil de la recherche sur la santé, Irlande</i>	

9. Passage des politiques spécifiques sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues à une politique unique sur les substances psychotropes : le cas du Luxembourg.....	117
<i>Sophia Lopes da Costa, psychologue, Point focal luxembourgeois de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)</i>	
10. Passage des politiques spécifiques sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues à une politique unique sur les substances psychotropes : le cas des Pays-Bas.....	129
<i>Mirjam van Keulen et Dike van de Mheen, Institut de recherches sur la toxicomanie, Rotterdam</i>	
11. Norvège : l'alcool et la politique de drogues.....	135
<i>Astrid Skretting, chercheur, Institut de l'alcool et des drogues, Norvège</i>	
12. Politique polonaise de lutte contre l'alcool et les drogues.....	137
<i>Janusz Sieroslowski, Institut de psychiatrie et de neurologie, Pologne</i>	
13. Des politiques individuelles sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues à une politique unique sur les substances psychoactives au Portugal.....	147
<i>F. Feijão (Unité d'études et de recherche, ministère de la Santé, Portugal), L. Dias et M. Moreira</i>	
14. De politiques isolées en matière d'alcool, de tabac et autres drogues à une politique globale sur les substances psychoactives : le cas de la Roumanie	159
<i>Andrei Botescu, chercheur à l'Agence nationale roumaine de lutte contre la drogue</i>	
15. Politique de la Slovénie en matière de drogues.....	167
<i>Jože Hren, Dušan Nolimal et Vito Flaker</i>	
16. Passer de politiques séparées en matière d'alcool, de tabac et de drogues illicites à une politique en matière d'addictions : le cas de la Suisse.....	177
<i>Markus Jann, chef de la section Drogues, Office fédéral de la santé publique, Suisse</i>	
17. Stratégie de la Turquie.....	189
<i>Mustapha Pinarci, Direction générale de la sécurité, ministère de l'Intérieur, Turquie</i>	
18. Les politiques relatives à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites au Royaume-Uni	195
<i>Gail Eaton, Point focal antidrogue, Département de la santé, Royaume-Uni</i>	
Publications du Groupe Pompidou	209

1. Synthèse

Richard Muscat, professeur en neurosciences comportementale, département des sciences biomédicales à l'université de Malte, président de la Commission nationale des drogues à Malte

1.1. Contexte

A la suite de la présentation faite par nos collègues suisses, M. Markus Jann et M^{me} Diane Steber-Buchli, à la première réunion de la plate-forme Recherche dans le cadre du programme de travail actuel du Groupe Pompidou (2007-2010), sur la réflexion à mener concernant le passage de politiques distinctes sur l'alcool, le tabac et les drogues, à une politique unique englobant toutes les substances, les membres de la plate-forme ont décidé d'examiner cette question en préparant une synthèse sur le développement des politiques en matière de drogues dans les Etats membres, axée sur le contexte, l'idéologie politique et les données scientifiques.

Chaque synthèse montre comment a été élaborée la politique en matière de drogues dans le pays concerné, compte tenu de la ratification, au niveau national, des conventions des Nations Unies, de l'adoption des stratégies de l'UE en matière de drogues et d'autres changements majeurs ayant pu influencer sur la voie suivie par le pays en question pour aboutir à la situation actuelle.

Il a également été tenu compte du contexte propre à chaque pays, c'est-à-dire sa taille, sa position géographique et ses relations avec ses voisins, l'étendue des problèmes de drogues et l'opinion publique. Le contexte et l'idéologie politiques du moment ont également été examinés. Enfin, le document retrace l'évolution des politiques en matière de drogues dans chacun des pays et la manière dont les données scientifiques ont été prises en compte ou non, ainsi que la raison d'un tel choix.

Il est à noter que cette étude du développement des politiques en matière de drogues se limite au niveau national et non local; elle contient toutefois quelques éléments indiquant si la politique nationale est appliquée au niveau local, ou si la politique nationale est issue

d'une politique d'abord locale. La question de la mise en œuvre des politiques au niveau local fera l'objet d'un autre état des lieux, plus restreint, de la situation sur le terrain dans le domaine de la prévention et du traitement ; les plates-formes Prévention et Traitement en seront chargées.

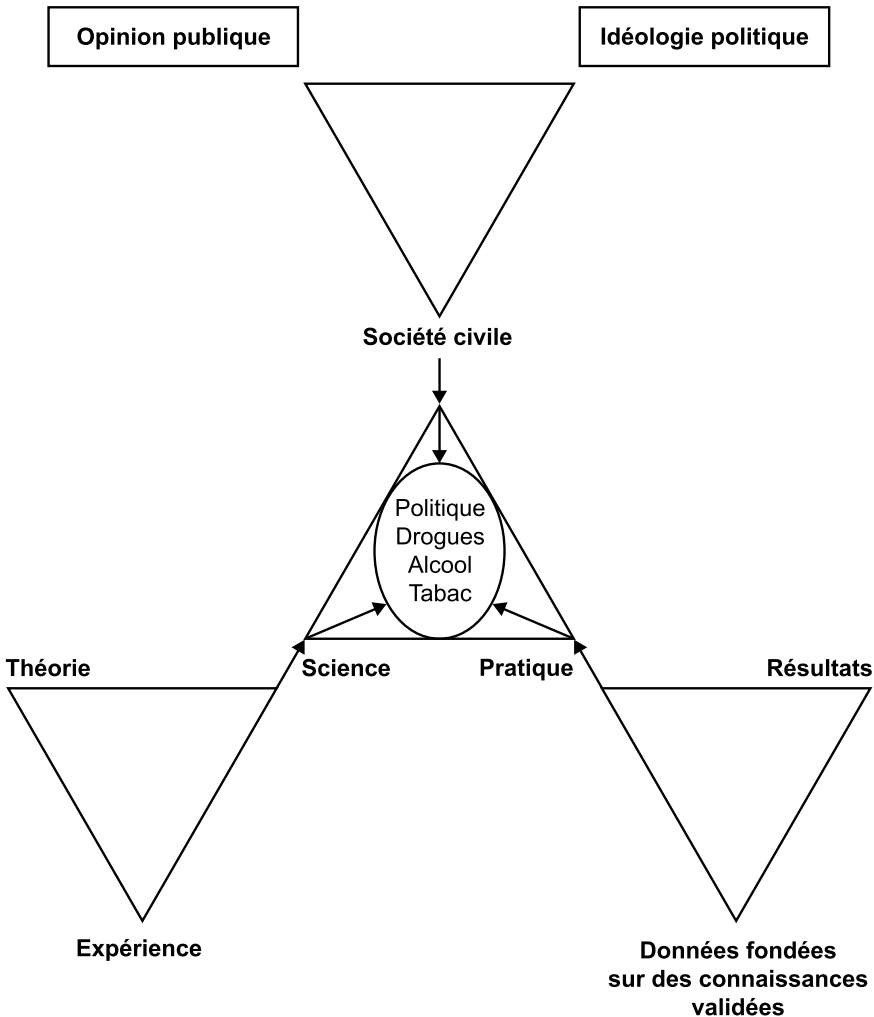
Une synthèse des publications de la plate-forme Traitement sur l'accessibilité des systèmes de traitement dans 15 Etats membres a déjà été rédigée. Elle a permis, de manière indirecte, d'obtenir des informations sur l'existence de services de soins spécialisés pour les drogues uniquement ou pour chaque type de substance. Elle examine également si ces programmes sont conformes aux politiques et s'ils reposent sur une base juridique, comme c'est le cas par exemple pour les mesures de réduction des risques.

Les 17 pays suivants ont présenté des synthèses tenant compte des critères précités : Chypre, République tchèque, Estonie, France, Allemagne, Hongrie, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Suisse, Turquie et Royaume-Uni. Ces synthèses suivent le présent état des lieux.

1.2. Société civile, science et pratique

La présente étude pose comme hypothèse que la formulation des politiques relatives à l'usage de substances est influencée par trois facteurs principaux, à savoir la société civile, la science et la pratique.

D'autres éléments peuvent à leur tour peser sur ces trois facteurs principaux et modifier l'impact de ces derniers sur le développement d'une politique unique ou de politiques distinctes pour chaque substance. Aux fins du présent rapport, les substances seront classées en trois grandes catégories : les drogues illicites, l'alcool et le tabac.

Tableau 1.1 – Les facteurs proximaux et distaux qui influencent la politique

Le diagramme donne une vue d'ensemble de la manière dont les trois facteurs proximaux – la société civile, la science et la pratique, et les six facteurs distaux – l'opinion publique, l'idéologie politique, l'expérience, les données scientifiques et les résultats, peuvent influencer l'orientation de la politique, qu'elle soit unique ou propre à chaque substance.

La société civile représente le point de vue des citoyens d'un pays donné et peut tour à tour être le reflet de l'opinion publique et de l'idéologie politique. Si l'opinion du public et celle des partis politiques ne font qu'une, la société civile s'exprime d'une seule voix en faveur d'une stratégie à suivre pour mener la politique la plus appropriée pour

le pays. Cela dit, il n'est guère surprenant de constater que l'opinion publique et l'idéologie politique sont quelquefois contradictoires ; en conséquence, en fonction du moment, la politique peut prendre une orientation totalement différente de celle voulue par l'opinion publique, voire même, dans certains cas, ne pas en tenir compte du tout. Le suivi de l'évolution de l'opinion publique est principalement assuré par les médias, que ce soit la télévision ou la presse, et, plus récemment, les sondages d'opinion, comme ceux menés par Eurostat pour évaluer les « sentiments » du public sur des questions liées à la politique de l'UE dans un certain nombre de domaines.

Le monde scientifique apporte également des éléments sur lesquels il est possible de se baser pour élaborer des politiques. La recherche dans le domaine de la consommation de substances représente plusieurs millions d'euros si l'on tient compte du principal acteur dans ce domaine, les Etats-Unis. En outre, le nombre de publications sur ce thème a considérablement augmenté ces vingt dernières années, au même rythme que notre connaissance du sujet. La question de savoir quelle théorie est la plus à même de résister aux expérimentations et, surtout, à l'épreuve du temps, prêterait toujours à controverse.

Toutefois, il semblerait que la compréhension du mécanisme qui rend ces substances aussi attractives soit enfin à notre portée : c'est principalement parce qu'elles dérèglent les voies naturelles de transmission du plaisir dans notre cerveau. Cela explique pourquoi certaines personnes recherchent un apaisement dans l'usage de ces substances. Il y aurait également chez certaines personnes une prédisposition génétique à l'usage de telles substances, comme en témoigne le fait que la dépendance peut être héréditaire. De plus, l'épidémiologie des drogues met en évidence une augmentation de l'incidence et de la prévalence globales de l'usage de substances. Enfin, la neuroscience et l'épidémiologie apportent de nouveaux éléments fondamentaux dont il convient au moins de prendre connaissance pour l'élaboration d'une politique en la matière qui soit digne d'intérêt.

La pratique vise à remédier aux problèmes d'addiction et de dépendance, qui sont la conséquence habituelle d'une consommation chronique de substances. Elle englobe en effet la gestion, au quotidien, des problèmes liés à l'usage de substances, qu'ils soient sanitaires, psychologiques, sociaux ou en rapport avec le système judiciaire. Les méthodes de terrain modernes s'appuient sur des exemples de « bonnes pratiques », des connaissances validées et la recherche de résultats satisfaisants du point de vue de ce que l'on appelle désormais « gestion de la performance ». Ces problèmes ne sont pas tous aussi simples qu'il n'y paraît et, dans certains cas, la pratique sur le terrain peut être contraire

à la politique. Citons à ce propos l'exemple du débat permanent sur la question de savoir si les pratiques de réduction des risques sont en tant que telles contraires à la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Il va sans dire que la formulation des politiques dans ce domaine devrait tenir compte des pratiques actuelles, mais cela semble loin d'être la réalité, du point de vue épidémiologique du moins. Ainsi, il est très rare que les pays recueillent des données standardisées sur les personnes demandant un traitement pour des problèmes spécifiques d'abus de substances et les utilisent en vue de l'élaboration de politiques. Les seuls à l'avoir fait sont l'Irlande et, dans une certaine mesure, la Slovénie, qui a mis ce lien en évidence dans le document exposant sa politique en la matière (voir Hamish Sinclair²).

Aux fins de la présente étude, la prévention est considérée comme faisant partie de la pratique. Elle vise principalement à empêcher la consommation de drogues avant qu'elle ne débute, mais elle englobe également aujourd'hui la prévention secondaire, qui s'occupe des personnes les plus à risque, et la prévention tertiaire, axée sur les consommateurs qui ne sont pas dépendants. Les informations données ici sur le rôle de la prévention dans la formulation des politiques proviennent de la plate-forme Prévention du Groupe Pompidou et de documents de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Compte tenu de ce qui précède, nous examinerons donc le développement des politiques relatives à l'usage de substances à partir des contributions des 17 pays, en espérant recueillir des informations sur le processus lui-même. Nous verrons également pourquoi certains pays ont opté pour une politique par substance tandis que d'autres ont favorisé une politique unique englobant toutes les substances. Cette étude s'articule autour des trois grands facteurs précités, à savoir la société civile, la science et la pratique, et examine la façon dont ils ont influencé la situation actuelle.

1.2.1. Société civile

Suisse

En Suisse, l'opinion publique fait l'objet d'un suivi annuel. On constate depuis 1994 une nette diminution du pourcentage de personnes esti-

2. Sinclair, H., *Drug treatment demand data : influence on policy and practice*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2006.

mant que les drogues constituent un problème grave, de 76 % au plus fort à 14 % pour la période actuelle. Il semblerait que l'année 1994 ait marqué un tournant en la matière, avec la médiatisation, au niveau international, du « Needle Park » (Parc des seringues) de Zurich, qui a provoqué un mécontentement du public et véhiculé une image négative de la Suisse à l'étranger. Tout cela a donné lieu à des interventions des pouvoirs publics, avec la fermeture de la scène ouverte de la drogue, l'introduction de services à bas seuil, l'extension des programmes de substitution et la prescription d'héroïne. Au fil du temps, ces mesures ont entraîné une régression des décès liés aux drogues, du VIH et des infections à hépatite, ainsi qu'une stabilisation du nombre de toxicomanes au niveau le plus bas à ce jour.

La première véritable politique en matière de drogues date de 1970, avec des mises à jour en 1991, 2002 et 2006. Elle repose sur quatre piliers : la prévention, le traitement, la réduction des risques et la répression. Les fondements juridiques de la politique en matière de drogues sont la loi sur les narcotiques de 1965 au niveau local et les Conventions des Nations Unies de 1961, 1971 et 1988 au niveau international.

En matière de répression, la Suisse germanophone est généralement considérée comme plus libérale, tandis que la Suisse francophone a une approche plus stricte. La jeune génération est également plus libérale que la génération âgée, et ce à tous les niveaux. En 2007, une initiative « pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse » a été présentée. Après plusieurs années de débats sur la politique en la matière, l'opinion politique est passée d'un point de vue libéral à un point de vue plus conservateur. A l'automne 2008, un vote populaire décidera de la nouvelle politique sur le cannabis. Le changement d'opinion politique précité devrait se traduire par un changement de l'opinion publique également. Avec l'échec probable de cette initiative populaire, les discussions sur une politique plus libérale en la matière devraient être closes pour un temps.

Enfin, il semble que l'opinion publique fasse une distinction entre les normes de comportement qu'elle considère comme « acceptables » ou « inacceptables » s'agissant des questions liées aux drogues.

France

En France, dans les années 1980 et 1990, le gouvernement était le principal acteur d'une politique des drogues placée sous l'angle de la répression. Cette situation était principalement due au manque de données sur l'étendue du problème des drogues, aucune étude officielle n'ayant été menée sur ce sujet. La nécessité de faire face au problème naissant

du VIH à la fin des années 1980 a conduit à passer de la répression à la santé, par le biais de politiques de réduction des risques, et à la mise en place en 1995 de vastes programmes de substitution. C'est un organe de coordination, la MILDT, qui a été chargée d'aider le ministère de la Santé dans cette tâche ; elle est placée sous l'autorité du Premier ministre depuis 1996.

Les questions liées à la drogue ont été portées sur le devant de la scène avec la publication du rapport Roques en 1997, qui défendait la théorie selon laquelle toutes les substances – licites ou illicites, alcool ou tabac – modifient l'état psychique de la personne qui en consomme et que leur usage peut provoquer des altérations irréversibles de la morphologie cérébrale. Du fait de ce débat, l'idéologie politique sinon l'opinion publique ont joué un rôle dans le passage d'une politique de répression et de prohibition à une politique de réduction des risques.

Irlande

En Irlande, la société civile est impliquée dans l'élaboration des politiques. Elle dispose pour cela de deux outils : d'une part, le partenariat social, qui permet un dialogue entre le gouvernement et diverses organisations telles que les syndicats, les organisations professionnelles et le secteur associatif, et, d'autre part, les sondages et l'Eurobaromètre, qui donnent des informations sur l'opinion publique. La narcocriminalité, la pénalisation de l'usage de drogues et la réduction des risques semblent être les principales préoccupations. Il apparaît toutefois que l'opinion publique a largement contribué à maintenir des politiques distinctes en matière d'alcool et de drogues, et que la classe politique a, en conséquence, mis beaucoup de temps à proposer une politique unique pour ces substances. Les premiers signes d'un tel changement se font maintenant sentir.

Une Commission mixte de l'Oireachtas (parlement) a en effet proposé d'inclure l'alcool dans une nouvelle politique sur l'abus de substances plutôt que dans la stratégie sur les drogues. Les politiques relatives aux drogues, à l'alcool et au tabac se sont développées de manière indépendante, mais ce n'est qu'aujourd'hui qu'une politique sur l'abus de substances est envisagée – une évolution sans doute liée aux besoins en termes de soutien organisationnel et de ressources.

Allemagne

Ces dix dernières années, l'Allemagne a connu un changement d'attitude politique à l'égard de la toxicomanie, en ce sens que « l'aide vient maintenant avant la répression ». Il s'agit d'une évolution selon le

modèle britannique, c'est-à-dire vers les questions sanitaires et sociales. Depuis 1998, le Commissaire fédéral pour les drogues ne relève plus du ministère de l'Intérieur mais de celui de la Santé, et en 2005 quatre grands piliers de la politique relative aux drogues ont été définis, à savoir l'éducation, la prévention, le traitement et la répression.

Un autre tournant politique a été le remplacement de la Commission sur les drogues et l'addiction par le Comité national sur les drogues et l'addiction. Ses membres sont issus du gouvernement, des municipalités, d'organisations non gouvernementales, d'organismes de recherche et, fait important, d'organismes de financement. Une recommandation émise en 2006 préconisait comme objectif du Plan de lutte contre les drogues et l'addiction une réduction du nombre de fumeurs et de la prévalence de la consommation d'alcool et de la consommation expérimentale et régulière de cannabis chez les adolescents et les jeunes (12-25 ans). Ce changement de tendance au niveau global doit maintenant se produire à petite échelle, et son impact doit être évalué.

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, des politiques distinctes pour les drogues, l'alcool et le tabac sont actuellement en vigueur, et il n'y a quasiment aucune cohérence entre les trois. Cela étant, toutes reposent sur les mêmes bases : prévention, traitement, éducation et maîtrise de l'offre. Cette situation est principalement liée au fait que la première Stratégie nationale en matière de drogues a été mise en place en 1998, tandis que celle relative à l'alcool ne date que de 2004 et se base sur des principes de réduction des risques, tandis que la première repose davantage sur l'abstinence.

Ensuite, l'opinion publique s'est focalisée sur la question des nuisances publiques liées au trafic de drogues et au phénomène d'alcoolisation massive. Au plan politique, la question de l'usage de drogues a été l'une des priorités de ces dix dernières années, car il a été démontré que les traitements permettaient de réduire la consommation de drogues, ce qui entrouvrirait la possibilité de réduire la narcocriminalité en faisant suivre des traitements aux usagers de drogues.

Pays-Bas

Contrairement aux tendances actuelles observées en Suisse, en France, en Irlande et en Allemagne, et davantage dans la lignée du Royaume-Uni, les Pays-Bas ont mis en place des politiques distinctes pour l'alcool, le tabac et les drogues, qui reposent toutes sur la préven-

tion des risques pour la santé et des conséquences négatives pour la société. Ces politiques définissent donc différents objectifs en fonction de l'impact social et sanitaire de la substance considérée. En principe, le gouvernement devrait respecter ce faisant le concept de la liberté de l'individu. Les questions liées aux drogues font l'objet d'un vaste débat ouvert au sein de la société néerlandaise, débat qui tourne également autour du principe de l'intérêt général.

La politique néerlandaise en matière de drogues a pour objectif premier la protection de la santé et la réduction des risques pour la santé. Elle s'articule donc autour de plusieurs axes : la prévention de la consommation de drogues, le traitement et la réadaptation des toxicomanes, la réduction des risques, la lutte contre la production et le trafic de drogues et la diminution des nuisances publiques. Elle est placée sous la responsabilité de plusieurs ministères : le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports pour l'aspect prévention et prise en charge, le ministère de la Justice pour la narcocriminalité, ainsi que le ministère des Affaires intérieures, pour l'autonomie locale et la police. En ce qui concerne l'alcool et le tabac, l'objectif est de réduire l'alcoolisme et de prévenir le tabagisme, respectivement en restreignant la consommation et en réduisant l'offre.

Portugal

C'est en 1976 que le Gouvernement portugais a commencé à s'intéresser au niveau de ses structures institutionnelles (présidence et Conseil des ministres) à la lutte contre le trafic, à la mise en place de mesures de prévention et au suivi de l'évolution de la situation en matière de drogues. Cette démarche a fait suite à la révolution démocratique de 1974, qui a également vu l'octroi de l'indépendance aux colonies, et le retour au pays de nombreux migrants. A la fin des années 1980, un Plan national de lutte contre les drogues a été mis en place. Du fait de la propagation du VIH et de la surpopulation carcérale, le Plan national de lutte contre les drogues et la toxicomanie a été élaboré en 1999.

Entre 1999 et 2004, un certain nombre de lois et de plans d'action ont été adoptés : l'Institut des drogues et de la toxicomanie a été créé et l'on a assisté à l'émergence d'une tendance à considérer le problème des drogues comme étant lié à la santé. Des sanctions administratives pour possession à usage personnel et des options de traitement ont été mises en place. Dans le but de moderniser les services existants et de réduire les effectifs de l'administration publique, le gouvernement a maintenant donné à l'Institut des drogues et de la toxicomanie la responsabilité des questions liées aux drogues et à l'alcool.

Luxembourg

Le Luxembourg est, avec Malte, le plus petit Etat de l'Union européenne, avec une population d'environ 400 000 habitants. Ce pays est situé entre l'Allemagne, la France et la Belgique. Des initiatives y ont été prises à partir de 1983, après la création d'organismes tels que l'Assistance aux jeunes en matière de drogues, en vue de l'élaboration d'une stratégie permettant de faire face à la recrudescence du problème des drogues. A la suite des élections de 1999, c'est le ministère de la Santé qui a été chargé des questions relatives aux drogues, avec l'assistance d'un Groupe interministériel sur la toxicomanie et d'une Unité de coordination sur les drogues.

La première stratégie sur les drogues pour la période 2000-2004 a été rendue publique en 2000, suivie d'une deuxième pour la période 2005-2009 qui intègre les principes de la stratégie de l'UE 2005-2012. Elles ont permis d'augmenter le nombre de dispositifs à bas seuil et ont entraîné des modifications de la Loi fondamentale de 2001 – qui était une mise à jour de celle de 1973 – prévoyant une distinction et un allègement des peines en fonction de l'infraction (usage simple et/ou trafic de drogues) et du type de substance. Ces mesures visaient à prendre en compte la stratégie de réduction des risques, bien que le débat sur ces questions ait débuté dès 1993, tandis que le projet de légalisation du cannabis (usage et commerce) était rejeté la même année. Le Luxembourg, comme la plupart des autres pays, a ratifié les conventions des Nations Unies de 1961 et 1988.

République tchèque

Comme au Portugal mais bien plus tard (au début des années 1990), le changement de régime intervenu en République tchèque à la suite de la chute du mur de Berlin a notamment entraîné un changement de mode de vie et une ouverture des frontières et du marché, d'où une augmentation du commerce illégal de drogues. Le gouvernement a réagi en créant une Commission des drogues et en mettant en place une politique sur les drogues pour 1993-1996, qui se basait sur très peu d'informations. Elle a notamment permis l'établissement d'un système de surveillance de la situation dans ce domaine. La deuxième politique, pour les années 1998-2000, s'est accompagnée d'une tentative de mise en place d'indicateurs. Il est intéressant de constater que le concept d'une société sans drogue a été abandonné et qu'un effort a été fait pour mettre en place des mesures financières efficaces. La troisième politique en matière de drogues 2001-2004 visait à combler les lacunes en termes d'offre de services de prévention et de traite-

ment, et à mettre en place un concept et des outils d'évaluation des programmes de réduction de la demande.

La quatrième politique 2005-2009, actuellement en vigueur, a essayé d'intégrer les questions liées à l'alcool et au tabac, qui relevaient jusqu'à présent du ministère de la Santé. Si ce dernier s'est davantage occupé de la pérennisation du système de santé du pays, des initiatives ont tout de même été lancées en 1992 et 1994, et une loi a été adoptée en 2000 pour la protection de la santé publique. La stratégie précitée comporte des mesures en ce qui concerne l'alcool et le tabac, mais il ne semble pas y avoir de volonté politique de les mettre en œuvre, du fait que le public ne considère pas l'alcool et le tabac comme étant des drogues.

Pologne

En Pologne, la politique relative à l'alcool serait antérieure de près d'un siècle à la politique sur les drogues, ce qui fait que ces deux questions sont gérées séparément par deux administrations parallèles. La drogue semble être devenue une préoccupation dès les années 1960, mais le gouvernement n'est pas beaucoup intervenu jusque dans les années 1970. A partir des années 1980, ce sont les ONG qui ont pris des initiatives, avant les changements opérés à la fin des années 1980 annonçant le début d'une nouvelle ère dans les années 1990.

En 1993, le ministère de la Santé a créé un Bureau national pour la prévention, qui travaille dans le domaine de la prévention, du traitement, de la réadaptation et de la réinsertion. Il ne met pas en œuvre les politiques, mais charge les ONG de le faire. Le Conseil de lutte contre la toxicomanie, établi en 2001, a été chargé d'élaborer la première politique en matière de drogues, le Programme national de lutte contre la toxicomanie. En 2006, l'opinion publique a mis en avant la nécessité d'apporter des modifications à la législation polonaise sur les questions liées aux drogues, pour se conformer à l'acquis communautaire. Des consultations ont été organisées par le ministère de la Santé, et le débat, notamment sur la question de l'autorisation de la possession de quantités minimales de drogues pour un usage personnel, a été largement médiatisé. En définitive, la nouvelle loi sur la lutte contre la toxicomanie n'a pas été modifiée du point de vue des dispositions pénales, mais sur le plan de la demande, elle a orienté les objectifs de la politique en cours vers une coordination des réponses aux problèmes de drogues et d'alcool dans le domaine de la prévention et du traitement.

Slovénie

La première politique slovène en matière de drogues a vu le jour au lendemain de l'indépendance, en 1991. La deuxième, qui s'étend sur la

période 2004-2009, a été élaborée par le Bureau national des drogues après consultation avec les ministères concernés et la société civile pour se conformer à l'acquis communautaire après l'adhésion du pays à l'UE. Elle a ensuite été adoptée par l'Assemblée nationale.

Depuis la réorganisation des structures gouvernementales en 2004, la responsabilité de la politique nationale en matière de drogues incombe au ministère de la Santé. Le gouvernement a maintenant reconnu l'importance de la prévention et du traitement de la consommation de drogues et d'alcool, mais il reste à voir si une certaine coordination est prévue pour les questions qui se recoupent et si une expertise spécifique est mise à disposition au besoin. Il semble y avoir une volonté politique en ce sens, car d'importants moyens financiers ont été affectés à la question des drogues.

Hongrie

En Hongrie, la Stratégie sur les drogues lancée en 2000 par le ministère de la Jeunesse et des Sports ne tient pas compte de l'alcool et du tabac, alors que le Programme de santé publique lancé en 2003 par le ministère de la Santé porte sur ces substances. Toutefois, il a été affirmé qu'il n'y a pas de distinction faite en matière de prévention, et que les établissements de soins prennent également en charge les polytoxicomanes. La Commission de coordination des questions liées aux drogues est chargée de la mise en œuvre de la Stratégie sur les drogues, mais à la suite d'un projet de jumelage en 2005 et d'un rapport en 2006, une réorganisation a été recommandée.

Roumanie

Il semblerait que la première réponse politique au problème des drogues en Roumanie ait été la création de la Commission interministérielle pour la prévention de l'usage illégal des drogues par un arrêté commun. Son mandat consistait principalement à mettre en œuvre le Programme national de prévention et de lutte contre l'usage de drogues. Ce n'est qu'en 2003 qu'une Stratégie nationale sur les drogues a vu le jour pour la période 2003-2005, englobant la question de l'usage impropre des drogues licites et illicites. En outre, l'Agence nationale antidrogue a été créée pour mettre en œuvre et coordonner les activités de la nouvelle politique.

Cette politique a été conçue en se basant sur des études nationales et internationales ainsi que sur les statistiques locales et les pratiques sur le terrain. Le document directif correspondant a imposé des restrictions de l'offre de certaines substances compte tenu de la prévalence élevée

de l'usage de ces dernières chez les 15-24 ans. Une nouvelle stratégie sur les drogues a été mise en place pour la période 2005-2012 ; elle est conforme à la stratégie de l'UE pour la même période et contribuera à la révision du cadre législatif pour le rendre conforme à l'acquis communautaire.

Estonie

A la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, l'alcool était la principale substance dont il était fait abus en Estonie – toutes les lois entrées en vigueur à cette époque en témoignent jusqu'en 1940, date à laquelle la législation relative à l'Union soviétique est entrée en vigueur. La fin du XX^e et le début du XXI^e siècle ont été marqués par l'apparition du problème des drogues.

Le retour au droit estonien après l'indépendance en 1991 a été suivi, en 1997, par la loi sur les substances narcotiques et psychotropes, première loi à englober toutes les substances ; elle comportait des mesures en matière de justice pénale, de prévention, de traitement et de réadaptation. La loi sur l'alcool a été adoptée en 2001 pour régler la production, la vente et la consommation des mineurs. Le gouvernement a également mis en place des programmes nationaux de prévention concernant à la fois les drogues et l'alcool, dans un premier temps de 1997 à 2007. Le programme actuel, qui s'étend sur la période 2008-2012, porte uniquement sur les drogues, et non sur l'alcool ou le tabac. Un programme de réduction des risques pour 1997-2007 a également été lancé.

Chypre

Chypre est une île située dans la partie orientale de la mer Méditerranée ; elle est considérée comme l'Etat membre de l'Union européenne le plus au sud-est. Les problèmes liés à l'usage des drogues semblent remonter à la crise ayant fait suite aux mouvements sociaux de 1974, conséquence de l'invasion turque et de la guerre civile libanaise. S'agissant des mesures de lutte contre le problème des drogues prises par les pouvoirs publics, la principale avancée résulte de l'adoption par le parlement en 2000 de la « loi sur la prévention de l'usage et de la propagation des drogues et autres substances toxicomanogènes », qui a également institué le Conseil antidrogue. Ce dernier est présidé par le Président de Chypre et se compose de certains ministres du gouvernement : il est chargé de l'élaboration de la politique en matière de drogues licites et illicites. Il héberge également l'Observatoire chypriote des drogues et dispose donc d'informations provenant de la source même sur la situation des drogues.

La première Stratégie nationale antidrogue 2004-2008 a été rendue publique : elle s'articule autour de deux axes, la réduction de l'offre et de la demande, et englobe les drogues illicites ainsi que l'alcool et le tabac. Le gouvernement a toutefois donné la priorité au problème des drogues, au détriment des deux autres catégories de substances. Cette tendance à privilégier les drogues se retrouve dans une certaine mesure dans les résultats de sondages d'opinion menés en 2005 et 2006 : en effet, les problèmes de drogues figuraient au deuxième rang des préoccupations après le problème national persistant de la division, et les personnes interrogées estimaient que l'alcool et le tabac étaient beaucoup moins préjudiciables que les drogues illicites.

Norvège

La Norvège étant le seul pays scandinave à avoir participé à la présente étude, il se peut qu'elle ne soit pas véritablement représentative. Il apparaît que jusqu'en 2000 elle a mené une politique de contrôle de la consommation d'alcool par la réglementation et de prohibition s'agissant des drogues. Ces vingt dernières années, on a observé une tendance à l'intégration des drogues et de l'alcool dans les documents d'orientation et les rapports examinés au parlement. En conséquence, la première stratégie, assortie d'un plan d'action pour 2003-2005, portait sur les drogues et l'alcool. La deuxième stratégie était la simple continuation de la première pour la période 2006-2008. C'est le ministère de la Santé et des Services de soins qui est chargé de la coordination de ce plan avec les sept autres ministères directement impliqués.

La Direction de la santé et des affaires sociales est quant à elle chargée de la mise en œuvre du plan, avec l'assistance des sept centres de compétences régionaux sur les drogues et l'alcool, ainsi que des cinq autorités régionales de santé chargées des services interdisciplinaires spécialisés. La Norvège est favorable à une approche globale pour ce qui est des problèmes sociaux et sanitaires liés à l'usage de substances. L'accent est mis en particulier sur la prévention de la consommation de substances, quelles qu'elles soient, chez les enfants et les jeunes.

Turquie

La Turquie vient de mettre à jour sa Stratégie nationale sur la toxicomanie, la prévention, le suivi et le contrôle des drogues, qui s'étendait sur la période 1997-2007, avec un nouveau document stratégique sur la prévention, le suivi et la gestion de la toxicomanie 1997-2006. Cette nouvelle stratégie, complète et détaillée, se concentre principalement sur les drogues illicites et repose sur les mêmes piliers que la stratégie

de l'UE. L'observatoire national turc pour les drogues et la toxicomanie est chargé de sa mise en œuvre et de son évaluation.

1.2.2. Science

Il est intéressant de noter que, dans la majorité des cas, la science désigne principalement l'épidémiologie des drogues. Cela n'est pas surprenant, car l'on constate que souvent la classe politique souhaite obtenir des informations sur l'étendue du problème des drogues et son évolution : les chiffres de prévalence et d'incidence sont donc au centre de son attention.

Suisse

On entend généralement par « problèmes liés aux drogues » les problèmes découlant de l'usage de substances psychoactives ; ils sont sous le feu des projecteurs depuis les années 1960 et 1970. En Suisse, la consommation de substances psychoactives est traditionnellement assez élevée. Pour ce qui est de la collecte et du suivi des données épidémiologiques, toutes les substances psychoactives sont maintenant prises en compte, et non plus uniquement les drogues.

Le public et les responsables politiques suisses se concentrent principalement sur les drogues illicites et non sur l'alcool et le tabac, ni d'ailleurs sur les dépendances non liées à des substances. Les professionnels ont également une vision partielle du problème, puisque les programmes de prévention, d'aide et de traitement sont gérés par des entités distinctes. Cela étant, à la suite des révisions de la CIM-10 basées sur les résultats de la recherche en neuroscience, il a été appelé à l'adoption d'une vision plus globale des problèmes de dépendance, indépendamment des substances. Il a également été proposé d'établir une commission qui serait chargée de l'ensemble des questions relatives aux problèmes de toxicomanie/dépendance.

France

La France ayant une communauté de chercheurs en neuroscience très active, notamment dans le domaine de la toxicomanie/dépendance, l'opinion publique et le gouvernement ont tout naturellement souscrit aux conclusions de ces chercheurs, selon lesquelles toutes les substances dérèglent toutes le circuit de récompense du cerveau. Cela repose sur le fait que les scientifiques présentent leurs observations dans le langage de tous les jours, sans jamais surestimer ou sous-estimer la valeur de leurs découvertes. Le deuxième aspect à souligner

est la création en 1995 de l'Observatoire des drogues, qui a mis en place les mécanismes par lesquels la France a pu limiter l'étendue du problème des drogues. Selon les estimations, il y aurait aujourd'hui en France 14 millions de consommateurs réguliers d'alcool, 13 millions de fumeurs, 1,7 million de consommateurs réguliers de cannabis et près de 200 000 héroïnomanes (2002).

Irlande

En Irlande, il semblerait qu'à partir des années 1990 la recherche, c'est-à-dire principalement l'épidémiologie, ait commencé à être systématisée pour fournir les informations nécessaires aux responsables politiques. Cela a débuté avec l'extension de l'indicateur de demande de traitement à l'ensemble de la nation en 1995, suivie par la création de groupes d'action locaux en matière de drogues. En 1997, il a été proposé qu'un Comité consultatif national sur les drogues prenne en charge la recherche, ce qui s'est produit en 2000 après une phase de développement de deux ans. En 2006, le Conseil de recherche sur la santé qui avait été créé à l'initiative de l'indicateur de traitement a été rebaptisé Unité de recherche sur la drogue et l'alcool. Au cours de sa première année d'existence, cette unité a publié un rapport qui recommandait une meilleure cohérence entre les services dédiés à l'alcool et aux drogues. La dernière étude de prévalence menée auprès des ménages en 2002-2003 a conclu qu'une personne sur cinq avait déjà consommé une drogue illicite, le cannabis étant la plus répandue, que les hommes étaient davantage consommateurs de drogues illicites que les femmes. La consommation de drogues illicites était plus fréquente chez les jeunes, tandis que les groupes plus âgés ont déclaré avoir davantage recours aux sédatifs, aux tranquillisants et aux antidépresseurs.

Royaume-Uni

Contrairement à la plupart des pays, le Royaume-Uni a adopté le modèle de l'addiction-maladie, qui privilégie le traitement à la sanction. Il a toujours été difficile de trouver un juste milieu entre abstinence et programmes d'entretien, et ce n'est qu'à partir des années 1980, avec les répercussions du VIH sur la santé, que ces derniers ont été privilégiés. Des données relatives à la prévalence de la consommation de drogues chez les enfants scolarisés, les jeunes et le reste de la population ont été publiées ces dix dernières années. Il semblerait que le Royaume-Uni soit l'un des pays de l'UE ayant le nombre de toxicomanes le plus élevé, avec un taux de 10,15 pour 1 000 habitants.

Allemagne

En Allemagne, les données d'épidémiologie des drogues existent depuis une vingtaine d'années déjà. L'on ignore si les valeurs de prévalence proviennent d'études de grande envergure ou s'il s'agit d'estimations calculées à partir de plusieurs ensembles de données différents. Comme dans la plupart des pays de l'UE, la consommation régulière de drogues illicites a commencé à augmenter dans les années 1960 mais, fait plus marquant encore, la prévalence a augmenté considérablement entre 1986 et 2003. La consommation d'héroïne est apparue dans les années 1970.

Selon les estimations, la consommation d'opiacés concernait en moyenne entre 112 000 et 186 000 personnes en 2000. Les décès liés aux drogues s'élevaient à près de 500 dans les années 1980, avant d'augmenter considérablement dans les années 1990 jusqu'à leur point culminant en 2000, pour baisser à nouveau et atteindre le nombre de 1 296 en 2006 (derniers chiffres disponibles). Dans le groupe des 18-24 ans, la prévalence sur la vie de la consommation de cocaïne, d'amphétamines et d'ecstasy est proche de 5-6 % ; en ce qui concerne la cocaïne, les chiffres ont augmenté entre les années 1980 et 1990, et sont maintenant stables, tandis que pour l'ecstasy, ils ont augmenté dans les années 1990 et se sont à nouveau stabilisés depuis 2000. Pour ce qui est de l'alcool et du tabac, il y a eu une diminution de la prévalence du tabagisme en 2006 par rapport à 1995, tandis que la prévalence de la consommation d'alcool à risque a augmenté sur la même période.

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports a chargé l'Institut Trimbos de fournir des données nationales en matière de drogues, et notamment des estimations de prévalence, des données sur la toxicomanie et les traitements, ainsi que sur les décès et la morbidité liés aux drogues.

Portugal

Au Portugal, le gouvernement a chargé l'Institut des drogues et des toxicomanies de fournir des informations sur la situation en matière de drogues à la suite de la mise en œuvre des politiques publiques entre 1999 et 2004. Les chiffres de prévalence de la consommation de drogues au sein de la population ont été obtenus à l'issue d'une étude démographique nationale et à partir d'estimations de la toxicomanie

réalisées en 2001. Il existe des informations sur la consommation chez les enfants en milieu scolaire car l'enquête ESPAD a été menée tous les quatre ans depuis sa mise en place en 1995, c'est-à-dire en 1999, 2003 et 2007. D'autres informations sur ce groupe en particulier sont également fournies par l'étude HBSC ainsi que les enquêtes scolaires nationales, la dernière ayant été terminée en 2006 après la campagne d'étude de 2001.

Luxembourg

Au Luxembourg, le relais national de l'OEDT a été créé en 1994 et se trouve maintenant au sein du Centre national de recherche publique sur la santé (Centre CRP-Santé). Cette unité a pour principale mission de développer et de gérer le système national de suivi en matière de drogues, RELIS, qui fournit des informations actualisées sur la situation des drogues donnant lieu au rapport annuel à l'OEDT. Ce document sert par ailleurs à informer les responsables politiques des nouvelles tendances en la matière et de l'impact des mesures prises.

République tchèque

En République tchèque, il a été proposé d'intégrer le tabac et l'alcool dans la politique récente sur les drogues à la suite des découvertes scientifiques les plus récentes selon lesquelles ces deux substances ont des propriétés toxicomanogènes (c'est-à-dire qu'elles sont susceptibles de provoquer une dépendance) comme les drogues illicites. Les études d'épidémiologie des drogues, qui ont débuté après 1993, ont plus ou moins eu suffisamment de recul en 2001 pour fournir des informations de base sur l'étendue du problème des drogues pour les politiques 2001-2004 et 2005-2009. La politique la plus récente et son plan d'action prévoient en outre la création d'un centre de surveillance du tabagisme.

Pologne

Comme la République tchèque, la Pologne commence à coordonner les réponses aux problèmes de drogues et d'alcool dans le domaine du traitement et de la prévention, faisant suite aux données issues de la recherche qui indiquent que des mécanismes similaires seraient à l'origine de la dépendance, quelle que soit la substance considérée. C'est l'Institut de psychiatrie et de neurologie qui assure la collecte des données épidémiologiques ; il publie également un rapport annuel sur l'étendue du problème des drogues.

Slovénie

En Slovénie, l'épidémiologie des drogues était une priorité de santé publique, mais elle relève maintenant du relais national au sein du ministère de la Santé.

Hongrie

En Hongrie, l'épidémiologie des drogues relève également du relais national au sein du ministère de la Santé, entré en fonction le 1^{er} janvier 2004.

Roumanie

En Roumanie, c'est le ministère de l'Intérieur qui héberge l'Agence nationale antidrogue. Le relais national est un service indépendant au sein de cette agence : il rassemble les données épidémiologiques sur les drogues dans un rapport annuel transmis à l'OEDT, à la Commission européenne et aux organes nationaux impliqués dans la coordination des activités liées aux drogues (ministère de la Santé, ministère de l'Éducation, ministère de l'Emploi, parlement, etc.). Les études sur la prévalence de la consommation de drogues – comme l'étude démographique générale menée en 2004 – sont de plus en plus répandues. Des enquêtes de l'ESPAD sur la prévalence chez les 15-16 ans ont été menées en 1999, 2003 et à nouveau en 2007. Une étude sur le thème « Prévalence de la consommation de drogues dans le système pénitentiaire roumain » a été menée au niveau national en 2006. Toutes ces études épidémiologiques suivent l'évolution de la consommation et de l'abus de substances ; le suivi porte tant sur l'alcool que les autres drogues illicites. Cela facilite les analyses comparatives et l'établissement de liens entre l'abus d'alcool et l'abus d'autres types de drogues.

Estonie

En Estonie, le relais national est l'Institut national de développement de la santé : il publie un rapport annuel sur la situation des drogues, qu'il transmet au ministère des Affaires sociales.

Chypre

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe consacré à la société civile, le Centre de surveillance chypriote semble être le mieux placé pour influencer sur les politiques du fait qu'il est hébergé au sein du Conseil antidrogue, qui est l'organe chargé de la formulation des politiques. Le seul point négatif pour l'instant est l'absence d'informations sur la

situation en matière de drogues, hormis les indicateurs portant sur la prévalence de la consommation de drogues chez les 15-16 ans, la toxicomanie, les demandes de traitement et les décès liés aux drogues.

Norvège

Dans ses deux plans d'action/stratégies sur les problèmes liés aux drogues et à l'alcool, la Norvège met l'accent en particulier sur les jeunes enfants et adolescents, se fondant sur les données scientifiquement validées selon lesquelles plus la première consommation de drogues et d'alcool est tardive, moins il y a de problèmes ultérieurs liés à la consommation de ces substances. Il convient également de noter que la stratégie qui englobe toutes les substances, mais cite en particulier les drogues et l'alcool, se base sur les découvertes scientifiques selon lesquelles toutes les substances ont des répercussions négatives sur le cerveau et donc sur le comportement.

Turquie

La Turquie ne dispose que de peu ou pas de données épidémiologiques sur les drogues, à l'exception des enquêtes en milieu scolaire de l'ESPAD menées dans six métropoles en 2003. La nouvelle stratégie devrait combler ce vide par la réalisation d'études épidémiologiques.

1.2.3. Pratique

La question de savoir si la pratique vient avant la politique ou vice versa est sujette à controverse, mais il semble qu'en matière de gestion de la pratique, cela soit le deuxième cas, tandis que la prévention, le traitement et les activités de conseil sont plus probablement dictés en premier lieu par les besoins de l'individu.

Suisse

Prenons par exemple l'expérience suisse : les offres de services distinctes pour les drogues, l'alcool et le tabac sont progressivement remplacées par une stratégie globale de prise en charge des polytoxicomanes.

France

Les professionnels français ont également préconisé un abandon progressif des centres spécialisés pour les drogues et l'alcool vers un système plus cohérent. Ce souhait s'est concrétisé avec l'entrée en vigueur de la loi sur la santé publique (2002) qui a mis en place des

centres de traitement, de supervision et de prévention des addictions regroupant les entités distinctes qui existaient auparavant.

Irlande

En Irlande, la Stratégie nationale sur les drogues 2001-2008 prévoit d'une part la réduction de l'offre de drogues, et d'autre part l'accès à un traitement pour les toxicomanes. Dans la pratique, il a fallu s'occuper de deux questions fondamentales, à savoir la réduction des risques et la mise à disposition de services distincts pour les drogues et l'alcool en dehors du domaine de la santé. Les méthodes de réduction des risques ont toujours existé mais elles ne sont validées que de manière limitée dans les lois et politiques irlandaises en général. S'agissant de la question des services, il a été proposé d'étendre les options thérapeutiques lorsqu'il est apparu que les services spécialisés dans les drogues traitaient également les problèmes d'alcoolisme des toxicomanes. Se pose toutefois la question des personnes qui ne souffrent pas de problèmes de santé mentale, qui relèvent des services sociaux et non des services de santé comme c'est le cas des toxicomanes.

Royaume-Uni

Le modèle de l'addiction-maladie ayant été privilégié pendant la majeure partie du siècle dernier au Royaume-Uni, c'est le médecin généraliste qui était chargé de traiter les consommateurs de drogues. Cette situation a quelque peu changé avec les nouvelles lois de 1967 qui exigeaient des médecins prescripteurs de méthadone qu'ils demandent une autorisation pour ce faire. Suite à cela, des services spécialement autorisés à traiter les toxicomanes ont été créés, principalement à Londres. Pour faire face à l'augmentation de la consommation d'opiacés dans les années 1980 et à la propagation du VIH, l'offre de services a été renforcée en dehors de Londres ; l'autorité de santé régionale de Mersey a mis en place des méthodes de réduction des risques qui n'ont pas été totalement approuvées par le gouvernement à l'époque. Après avoir été réticent dans un premier temps, ce dernier finance maintenant un certain nombre de ces pratiques.

Tous les traitements sont gratuits, dans le cadre du Service national de santé. A la suite d'un rapport commandé par le gouvernement dans les années 1990, qui montrait l'efficacité des traitements, la première stratégie sur les drogues, adoptée en 1998, a mis l'accent sur le traitement des toxicomanes. Le programme d'intervention en matière de drogues de 2003 permet même aux personnes au sein du système de justice pénale de bénéficier de tels services.

Allemagne

En Allemagne, comme au Royaume-Uni, il est possible d'avoir accès à tous types de services de traitement, des centres à bas seuil et services de conseils aux centres de désintoxication, en passant par les soins en établissement, les services de consultations externes et de réadaptation, ou ceux proposant des traitements de substitution. Il semblerait que ces services soient principalement destinés aux toxicomanes et non aux consommateurs d'autres substances, mais il y a apparemment une coordination entre les différents prestataires.

Pays-Bas

La politique néerlandaise en matière de drogues étant fondée sur la loi de 1928 sur les narcotiques, modifiée en 1976, qui établit une distinction entre les drogues dures, présentant des risques inacceptables, et les drogues douces, considérées comme moins dangereuses, la pratique en matière de traitements a suivi la même orientation. Les mesures de réduction des risques pour les consommateurs de drogues dures sont la priorité numéro un, avec la prescription d'héroïne en tant que solution ultime lorsque tous les autres traitements ont échoué.

Portugal

Au Portugal, c'est dans les années 1980 que le ministère de la Santé a créé le premier centre de traitement spécialisé pour les toxicomanes. Cette initiative a été suivie au début des années 1990 par la création du Service de prévention et de traitement de la toxicomanie et le regroupement de tous les services de traitement existants dans les principales zones urbaines, qui s'est accompagné d'une augmentation de l'offre et du nombre de centres de traitement. Avec l'introduction de politiques publiques entre 1999 et 2004 et le changement de perception du problème de la drogue, maintenant considéré comme étant lié à la santé, c'est l'Institut des drogues et de la toxicomanie qui a mis en place des mesures de réduction des risques. Ce dernier est né de la fusion d'autres agences, opérée en vue d'assurer une meilleure coordination des initiatives et une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles.

Luxembourg

La thérapie de substitution par la méthadone est apparue en 1989 au Luxembourg ; en 1993, des programmes d'échange de seringues ont également été mis en place. Il est intéressant de noter que le cadre juridique autorisant de telles pratiques n'a été adopté qu'en 2002

pour la thérapie de substitution et en 2001 et 2003 pour l'échange de seringues. En outre, le premier « espace de consommation » ou « espace d'injection » a été ouvert à proximité de la gare dans le centre de Luxembourg en 2005. Ces changements traduisent la volonté politique et publique de mettre en place des solutions pratiques directes au problème. Les méthodes de traitement ont favorisé une évolution des mentalités, d'une approche basée sur l'abstinence à un ensemble de services incluant des mesures de réduction des risques.

République tchèque

En République tchèque, il semble que les interventions se soient renforcées depuis leur lancement dans les années 1990. A ce jour, il existe différents types de services, des centres à bas seuil aux services post-cure en passant par les communautés thérapeutiques. Il se pose actuellement le problème de l'admission des alcooliques dans ces services, car cela nécessiterait un financement supplémentaire qui ne peut être mis à disposition, les fonds étant plutôt limités.

Pologne

En Pologne, les services d'intervention en matière de drogues ont été établis par des ONG au début des années 1980, en réponse à la non-acceptation de ces individus dans les services psychiatriques et au manque de tolérance à l'égard des toxicomanes au sein de la société en général. Les services mis en place se fondaient sur les besoins de ce groupe de personnes et incluaient des services de consultations externes et de conseils, des unités de désintoxication dans des hôpitaux ainsi que des centres de réadaptation de long séjour, gérés pour la plupart par des ONG.

Slovénie

Ces douze dernières années, le Gouvernement slovène a mis à disposition des fonds pour le développement de services de traitement tels que les centres de jour, les communautés thérapeutiques, les traitements de substitution, les programmes de distribution de seringues et des centres itinérants fonctionnant dans l'ensemble du pays et donnant des conseils et informations, distribuant des aiguilles propres, des seringues et des préservatifs.

Hongrie

En Hongrie, le réseau de traitement prend en charge tant les toxicomanes que les alcooliques.

Roumanie

En Roumanie, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé. Le centre de désintoxication de Bucarest et d'autres services sont intégrés aux unités psychiatriques des hôpitaux. Ces deux dernières années, l'Agence nationale antidrogue de Roumanie a développé un réseau national de centres de conseils, de traitement et de prévention qui offrent un ensemble cohérent de services aux personnes dépendantes, que ce soit des drogues licites ou illicites. Ce réseau est en train de développer et d'adapter sa gamme de services à la demande des patients.

En 2008, un projet a été mené pour évaluer la qualité et l'accessibilité des services proposés par ce réseau national. Cette évaluation a permis de faire des recommandations, parmi lesquelles l'élargissement aux personnes alcooliques de l'offre et des priorités des services de traitement et de conseils spécialisés.

Estonie

L'Institut national pour le développement de la santé est chargé de débloquer des fonds pour le traitement des toxicomanes en Estonie.

Chypre

A Chypre, le traitement est placé sous la responsabilité du ministère de la Santé et relève du service de santé mentale. En 1991, une unité spéciale a été ouverte pour traiter à la fois les toxicomanes et les alcooliques. Le Conseil antidrogue assure maintenant la coordination de toutes les initiatives prises dans ce domaine et entend multiplier les options thérapeutiques proposées par le ministère de la Santé. Il est à noter dans ce cas que les instruments juridiques pour le traitement des toxicomanes sont en place depuis 1992 mais que les décrets d'application n'ont toujours pas été publiés, ce qui fait qu'un certain nombre de centres de traitement publics n'ont pas encore vu le jour.

Norvège

En Norvège, le traitement des toxicomanes et le traitement des alcooliques est assuré par les cinq autorités de santé régionales et organisé dans les mêmes centres, bien que certains soient davantage spécialisés dans l'une ou l'autre des substances.

Turquie

En Turquie, la mise en œuvre de la nouvelle stratégie pour 2006-2012 permettra de s'attaquer à la question du traitement de la toxicomanie, traitement qui sera évalué par le Point focal national.

1.3. Discussion

Avant de répondre à la question posée précédemment de savoir quels pays ont opté pour une politique intégrant toutes les substances plutôt que pour une politique par substance, il faut préciser que la majorité d'entre eux ont choisi cette deuxième alternative. La Suisse, la France, l'Irlande, l'Allemagne, le Portugal, la République tchèque et la Norvège sont les seuls à favoriser une politique tenant compte de toutes les substances. Si l'on examine ensuite lesquels, parmi ces derniers, ont adopté cette approche dans tous les domaines, aussi appelés « piliers », la Norvège semble sortir du lot. A l'autre extrême, on trouve le cas de la République tchèque qui bien qu'elle ait prévu dans un document d'orientation l'intégration de toutes les substances dans une même politique, ne l'a pas fait par manque de volonté politique. Cela dit, ce jugement est peut-être trop hâtif car il faut encore tenir compte des trois axes sur lesquels repose la présente étude, à savoir la société civile, la science et la pratique, mais aussi et surtout du contexte.

Précisément, c'est l'axe qui représente la société civile, composé de deux facteurs – l'opinion publique et l'idéologie politique – qui influence réellement le choix entre les différentes options. Si, dans la plupart des pays, c'est aujourd'hui l'idéologie politique qui détermine le choix, l'opinion publique peut aussi faire la différence. Par exemple, en République tchèque, ce sont les hommes politiques qui considèrent que le public ne voit pas de la même manière la consommation d'alcool ou de tabac et la consommation de drogues. Il n'est donc guère surprenant qu'ils soient réticents à appliquer les mêmes critères à ces substances que ceux appliqués aux drogues illicites, puisque leurs carrières politiques dépendent actuellement dans une large mesure du grand public. C'est également ce qui s'est passé en Irlande, où une initiative visait à inclure toutes les substances dans une politique unique : à nouveau, la classe politique a été plutôt réticente à le faire, en raison de l'opinion publique. Il conviendrait donc d'essayer d'inclure l'alcool dans une politique sur l'abus de substances, mais non dans la politique relative aux drogues.

Un autre facteur important pour le développement des options politiques dans ce domaine est l'introduction relative, dans certains pays, d'une démocratie libérale. Cela s'est traduit par une courbe d'apprentissage à forte pente : les entités politiques ont dû s'adapter aux nouvelles tendances et apprendre à communiquer avec le public pour la présentation de leurs programmes politiques. Parallèlement à cette évolution majeure, un certain nombre de nouveaux pays démocratiques désirant adhérer à l'UE ont dû adapter leurs règles et stratégies en matière de drogues pour qu'elles soient conformes aux dispositions communautaires. En conséquence, leur principale préoccupation a été de mettre

en place une législation conforme à l'acquis communautaire et, plus précisément, de disposer d'un système de suivi de l'évolution de la situation en matière de drogues qui permette de produire des rapports annuels sur cette situation et de faire le bilan des mesures prises. En pratique, cela peut être considéré comme une évolution positive car, avant leur adhésion, la plupart des pays qui ne faisaient pas partie de l'UE n'avaient aucune stratégie notable en matière de drogues et ne disposaient pas de structures de suivi de la situation. Ce vide était comblé en partie par des activités souvent menées dans le cadre du Groupe Pompidou, telles que le développement de l'indicateur de demande de traitement et l'enquête ESPAD.

Si l'on devait évaluer la situation en se basant sur l'évolution des politiques en matière d'abus de substances, on constaterait que la plupart des pays, qu'ils soient d'Europe occidentale, centrale ou orientale, disposent d'instruments pour réglementer la consommation d'alcool, mais que les instruments réglementant l'usage de drogues n'ont fait leur apparition qu'à partir de la fin des années 1960, sauf peut-être au Royaume-Uni. De manière générale, l'évolution de la politique en matière de drogues est plutôt récente. Cela dépend du contexte politique de chaque pays. Ce facteur joue certainement un rôle important dans la réflexion orientant le choix entre une politique unique pour toutes les substances ou des politiques distinctes pour chaque substance. Quoi qu'il en soit, le Royaume-Uni et les Pays-Bas – des pays de longue tradition démocratique, ayant une longue expérience des politiques en matière de drogues et d'alcool – ont fait le choix de séparer les substances mais en gardant toujours pour principe l'aide aux personnes en difficulté. Il sera intéressant de voir ce qui se produira aux Pays-Bas l'année prochaine avec la mise à jour de la loi de 1995.

Des trois axes précités, la science semble être celui qui a le moins d'influence sur la politique. Mis à part en Norvège, en France et au Royaume-Uni, c'est clairement la science exacte, la neuroscience, qui a eu un impact majeur sur le développement des politiques. Toujours est-il que cette discipline ne semble pas être très accessible aux responsables politiques. Ainsi, en France, le rapport Roques a eu un impact majeur, peut-être lié à la capacité de son auteur à expliquer dans la langue courante des concepts quelquefois difficiles, de manière à les rendre plus compréhensibles pour le public visé. Ce facteur même est essentiel pour une meilleure utilisation des nombreuses données disponibles dans ce domaine à l'évolution rapide. La Norvège indique de manière explicite qu'elle a inclus les drogues et l'alcool dans la politique qu'elle a adoptée car la science a montré que toutes les substances affectent le cerveau. Elle précise également les fondements de

la prévention, à savoir les conclusions scientifiques selon lesquelles un arrêt précoce de la consommation empêche les problèmes ultérieurs.

L'épidémiologie des drogues a permis à de nombreux pays de recueillir des informations grâce aux cinq indicateurs clés en matière de drogues, et donc d'obtenir des estimations de la prévalence de la consommation de drogues dans la population générale et chez les enfants en milieu scolaire. Sur ce plan, elle semble être mieux placée que la neuroscience. Ces résultats peuvent être attribués au Groupe d'experts en épidémiologie du Groupe Pompidou, qui existait à la fin des années 1980 mais a été abandonné suite à la mise en place des relais nationaux au sein de l'UE. Ce groupe était chargé de développer des indicateurs de la consommation de drogues dans différentes villes d'Europe, ainsi que l'indicateur de demande de traitement et l'enquête ESPAD. En fonction du ministère qui l'héberge, l'organe en question peut être plus ou moins bien placé pour influencer sur la politique. Cela ne devrait toutefois pas poser de problème car le gouvernement doit pouvoir s'appuyer sur toutes les ressources à sa disposition pour la formulation de ses politiques, ce qui n'est pas toujours le cas dans la pratique. Citons l'exemple d'une étude menée par le Groupe Pompidou, qui examinait l'impact sur la politique de la collecte de données relatives au traitement. Il est apparu qu'aucun des pays concernés par l'étude, à l'exception de l'Irlande et de la Slovaquie, n'avait utilisé ces données pour la formulation des politiques en matière de drogues.

Par conséquent, l'utilisation des résultats de recherche en neuroscience ou en épidémiologie des drogues pour l'élaboration des politiques en matière de drogues ou d'abus de substances ne semble pas être la norme. Il y a plusieurs raisons à cela, mais à long terme, il est impératif que la science soit prise en considération pour que les politiques en la matière puissent se baser sur des données validées. Par exemple, au Royaume-Uni, la politique en matière de drogues est axée sur le traitement des personnes qui en ont besoin car une étude a démontré l'efficacité des traitements. Un autre exemple dans le même pays – mais où, cette fois, les responsables politiques n'ont pas tenu compte des données scientifiques – est la reclassification du cannabis de la catégorie C à la catégorie B. La science ne peut certes pas à elle seule être l'unique source d'informations pour l'élaboration des politiques, mais il faudrait au moins la prendre en compte dans son intégralité.

Contrairement à la science, les pratiques de traitement ont eu un réel impact sur les politiques. Le fait est que les personnes qui demandent un traitement rencontrent un certain nombre de problèmes liés à l'usage impropre des substances, problèmes qui doivent être résolus par les professionnels du secteur. De tels cas existent en Suisse, mais aussi en

France, au Portugal et en Norvège. En France, les professionnels ont salué l'adoption de la loi de santé publique de 2002, qui a regroupé sous un même toit plusieurs entités de spécialisations différentes.

On peut citer, en rapport avec le traitement, l'exemple des mesures de réduction des risques mises en place par l'autorité régionale de santé de Mersey au Royaume-Uni pour faire face à la propagation du VIH au milieu des années 1980, qui n'avaient pas été totalement approuvées par le gouvernement à l'époque mais le sont maintenant. En Irlande, ni la législation, ni les politiques en vigueur dans ce domaine ne sont pleinement favorables aux mesures de réduction des risques mises en place par les services de traitement. Au Luxembourg, les traitements de substitution existent depuis la fin des années 1980, mais ce n'est que dernièrement que la loi autorisant de telles pratiques est entrée en vigueur. Au contraire, à Chypre, qui est probablement le seul exemple aujourd'hui, les lois autorisant les centres de traitement sont en place depuis 1992, donc apparemment bien avant que le besoin ne se fasse sentir. Cela étant, cette conclusion est quelque peu faussée car, aujourd'hui, le besoin existe mais n'a pas pu être comblé, leurs règles de fonctionnement n'ayant pas encore été adoptées.

La prévention, à proprement parler, se différencie du traitement, mais elle sera traitée brièvement ici car dans la plupart des pays les programmes de sensibilisation structurés qui visent à promouvoir des modes de vie sains englobent toutes les substances.

Finalement, il est difficile de faire un choix entre une politique unique englobant toutes les substances ou une politique pour chacune des principales substances que sont les drogues, l'alcool et le tabac. Cela dépend principalement de l'évolution des politiques dans les régions concernées, du contexte et maintenant, de la nécessité de prendre en considération les données scientifiques dans le processus décisionnel.

1.4. Conclusions

Il ressort clairement du présent état des lieux que les 17 pays qui ont participé à cet exercice se trouvent à différents stades entre une stratégie distincte pour chaque substance et une stratégie unique pour l'ensemble d'entre elles. Les pays ayant choisi une politique unique sont la Suisse, la France et la Norvège, tandis que le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont opté pour la solution opposée. Parmi les pays restants, certains semblent avoir une préférence pour la politique unique, tandis que d'autres privilégient une politique indépendante pour chaque substance.

Le dénominateur commun semble être pour tous les pays une considération primordiale : la santé. Ce facteur est donc celui qui oriente la plupart des choix politiques, et la voie suivie pour opérer un choix entre une politique unique pour toutes les substances ou une politique distincte pour chaque substance importe finalement peu. Quoi qu'il en soit, ce choix est dans une certaine mesure influencé par le contexte, par les connaissances disponibles et par les pratiques qu'un pays veut mettre en place ; nous y reviendrons ci-après. Puisqu'il semble que le véritable enjeu soit la santé, il est donc peut-être temps de placer tous les types de consommation de substances dans ce cadre, par une forme de politique globale ou, pour commencer, une initiative du Conseil de l'Europe en la matière.

Cette étude présente un modèle qui pourrait être adopté pour aider les pays à choisir leur politique dans le contexte général de la santé. Faut de temps, il n'a toutefois pas pu être développé suffisamment. Il est donc proposé que la plate-forme Recherche intègre ce projet dans le cadre de ses activités pour les deux prochaines années. Il serait intéressant de déterminer comment les facteurs proximaux et distaux contribuent aux choix et comment ils peuvent donner des indications quant aux décisions futures. Les Pays-Bas doivent préparer un court rapport sur la proposition précitée avec une réaction de l'Allemagne, rapport qui sera présenté aux membres de la plate-forme Recherche pour examen à leur prochaine réunion en janvier 2009.

Lors de la rédaction de la présente étude, il s'est posé la question fondamentale de savoir pourquoi la science en tant que telle joue un rôle mineur dans le processus décisionnel. Il y a bon nombre d'éléments en jeu. La plate-forme Recherche ayant pour mission d'encourager l'utilisation des données issues de la recherche dans les politiques et les pratiques, favorisant ainsi l'élaboration de politiques fondées sur des données validées, il est proposé que ce groupe étudie la question, et ce sous trois aspects en particulier : la coordination des efforts de recherche, l'accès aux informations et la communication des résultats sous une forme compréhensible pour les responsables politiques et le grand public. En ce qui concerne l'accès aux informations, le groupe a lancé la deuxième version du registre de la recherche qui vise à donner des informations sur « qui fait quoi » dans le domaine de la recherche sur les drogues. Quant à la communication des résultats, un premier séminaire d'été pour les jeunes chercheurs a été organisé aux Pays-Bas en vue d'examiner cette question. Ces deux activités ne sont qu'un début ; il est proposé que, ces deux prochaines années, la plate-forme Recherche se penche de manière plus approfondie sur la question de l'amélioration de l'application de la science dans l'élaboration des politiques.

2. Contexte de l'élaboration de la Stratégie nationale antidrogue de Chypre

Neoklis Georgiades, directeur de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies, Chypre

2.1. Le contexte chypriote

Carrefour stratégique entre l'Asie, l'Afrique et l'Europe, Chypre se situe à l'est du Bassin méditerranéen, à proximité des pays du Proche-Orient. Cette nation la plus au sud-est de l'Europe compte 749 200 habitants, pour la plupart hellénophones, mais aussi locuteurs arméniens, maronites, ladinos, de langues d'Europe de l'est et d'autres langues minoritaires. Le système politique est parlementaire et démocratique : le président est élu à la majorité des suffrages et les représentants des partis politiques élus se réunissent au parlement.

Le problème de la consommation de drogues est apparu en 1974, au lendemain de l'invasion turque et au début de la guerre civile libanaise. Le déplacement de deux tiers de la population de l'île – de Chypriotes grecs et de Chypriotes turcs – a eu des conséquences désastreuses, notamment au niveau social. La structure de la société telle qu'elle existait depuis des siècles s'est soudainement effondrée : le processus de socialisation et le contrôle des villages, petites unités sociales de Chypre, ont disparu. La sécurité, le soutien social et financier au même titre que le bien-être psychologique apporté par la famille étendue ont cédé la place à l'insécurité et à la lutte pour la survie individuelle. Bouleversant la stabilité de la famille chypriote, cette évolution négative est à l'origine de problèmes psychologiques se manifestant souvent par une consommation excessive d'alcool et d'autres substances psychotropes illégales.

De plus, de nombreux Libanais se sont réfugiés à Chypre pour fuir la guerre civile qui faisait rage dans leur pays. Le port de Larnaca était le seul point d'arrivée et de départ du Liban. Alors que Chypre servait déjà avant la guerre de lieu de transit au trafic de drogues en Europe, la situation n'a fait qu'empirer. L'île étant la seule voie ouverte aux trafiquants libanais, elle est rapidement devenue la plaque tournante

de toutes les drogues destinées à l'Europe. De grandes quantités de drogues sont finalement restées à Chypre, consommées par les Libanais présents sur l'île et par les Chypriotes indigènes.

Après 1974, la consommation de drogues licites était largement acceptée. L'alcool et le tabac étaient considérés comme propres à l'automédication et, par la suite, comme des substances permettant de résoudre les problèmes d'isolation sociale et favorisant les rassemblements sociaux et autres événements.

2.2. Données empiriques relatives à la consommation de drogues

A Chypre, les recherches et études scientifiques traitant des questions sociales, y compris du phénomène de la drogue, font cruellement défaut. Aucune donnée fiable n'était donc disponible avant la création de l'observatoire.

Toutefois, des données indiquent que 423 personnes sollicitaient un traitement contre la toxicomanie en 2005, contre 560 en 2006. Il s'agit généralement d'hommes d'origine grecque, âgés de 28 ans, sans emploi et consommateurs de drogues par voie intraveineuse depuis sept ans. Les personnes dont le décès est lié aux drogues sont généralement des hommes d'origine grecque, âgés de 30 ans et dépendant des opiacés. Le registre spécial des décès relève plus de 17 décès liés aux drogues en 2004³, 14 en 2005, 17 en 2006 et 16 en 2007 (jusqu'en septembre).

En 2005, selon les indicateurs, 949 toxicomanes consommaient de l'héroïne. Sur les 497 300 Chypriotes situés dans la tranche d'âge des 15-64 ans, 1,9 personne pour 1 000 habitants serait toxicomane, l'intervalle de confiance à 95 % étant de 1,53-2,55 pour 1 000 personnes.

En 2006, une enquête s'appuyant sur les lignes directrices de la recherche européenne standardisée auprès de la population a obtenu les données suivantes :

- 34,2 % de la population ont fumé du tabac au cours des trente derniers jours ;
- un fumeur sur cinq consomme plus de 20 cigarettes par jour ;

3. A noter qu'aucune donnée numérique concernant les décès n'était disponible avant 2004.

- 50,4 % de la population ont absorbé des boissons alcoolisées et près de 7,8 % ont été ivres au cours des trente derniers jours ;
- près de 12,5 % des personnes ayant consommé des boissons alcoolisées au cours des six derniers mois ont conduit un véhicule après ingestion de plus de six unités d'alcool ;
- le cannabis demeure la plus répandue des substances illicites ;
- 6,6 % des 15-64 ans ont déclaré consommer régulièrement du cannabis, ce qui correspond à 50 000 personnes ;
- 21,1 % des fumeurs réguliers de cannabis en ont consommé au cours des trente derniers jours ;
- la consommation de substances illicites créant une dépendance est nettement plus élevée chez les hommes ;
- l'âge moyen de la première absorption de cannabis est de 20,1 ans ;
- 61 % des personnes interrogées considèrent les consommateurs de drogues illicites comme des personnes malades plutôt que criminelles ;
- 11 % estiment que la consommation de cannabis devrait être autorisée.

2.3. Perception des problèmes de drogues par le public et par les responsables de l'élaboration des politiques

Il ressort du sondage d'opinion « Kyprovarometro » (RAI consultants, 2006) que les drogues sont considérées comme le problème le plus grave après la situation politique à Chypre. 35 % des personnes interrogées en 2006, et 34 % en 2005, considéraient les drogues comme le plus important problème social. Il est judicieux de préciser que selon cette même source, l'idée que la consommation d'alcool est responsable d'accidents de la route a fortement augmenté en 2006. Alors qu'entre 2001 et 2005 les accidents de la route étaient liés à l'alcool pour 4-5 % de la population, ce pourcentage est passé à 12 en 2006.

Au fil des ans, les drogues ont été perçues comme un problème de plus en plus grave. La proportion d'individus estimant que celui-ci n'est « pas si inquiétant » ou simplement « inquiétant » a considérablement diminué ces dernières années. Les personnes pour lesquelles le problème n'était « pas si inquiétant » en 2005 et en 2006 représentent toujours 1 % de la population. En 2006, 87 % des personnes interrogées le jugeaient « très inquiétant » (de même que 88 % en 2005) ;

12 % « assez inquiétant » en 2006 (par rapport à 10 % en 2005). On peut supposer que ce changement de perception est dû au retentissement de l'annonce du nombre de décès liés à la toxicomanie et aux autres conséquences nuisibles de ce fléau. De plus, à la suite de la création de l'observatoire de Chypre, des informations sur les drogues ont été diffusées auprès du public, tout particulièrement par les médias qui ont exposé le fléau à maintes reprises, bien plus fréquemment qu'au cours des années précédentes.

La majorité des personnes interrogées perçoit les consommateurs de drogues davantage comme des personnes malades (61 %) ; une petite proportion (5,2 %) comme des criminels, et 13,6 % à la fois comme des criminels et des malades. Ces données laissent entendre que le public considère généralement le traitement de la toxicomanie comme la meilleure solution et que, parallèlement, l'application de la loi et une certaine forme de répression semblent nécessaires.

L'ecstasy a une image moins négative que l'héroïne ou « la consommation occasionnelle » de marijuana. En outre, il est intéressant de noter que le fait de fumer 10 cigarettes ou plus par jour est jugé moins nocif que de fumer occasionnellement de la marijuana – ce qui témoigne d'un certain degré d'ignorance de la population en général quant aux effets du tabagisme.

Au sujet de la représentation médiatique de la toxicomanie, les informations suivantes proviennent d'une analyse aléatoire d'une durée de trois mois fondée sur des articles publiés dans les quotidiens en 2006. Les thèmes récurrents avaient trait :

- aux saisies et arrestations de l'Unité d'application de la loi anti-drogue ;
- aux décès liés à la toxicomanie – annonces de la police et articles de députés et/ou de citoyens ;
- au rapport annuel de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies ;
- à la dépénalisation des drogues – débat entre les citoyens et les députés ;
- à la consommation de drogues en prison – débat sur l'absence de traitement dans les prisons et saisies policières dans les prisons.

Il est intéressant de noter qu'en 2006, les débats du parlement et des commissions parlementaires ne faisaient pas état des problèmes de drogue, qu'aucun changement significatif n'a été apporté à la législa-

tion existante et qu'aucune nouvelle loi en la matière n'a été promulguée. Les questions soulevées par différents ministères pour débat en commission portaient sur :

- le retard observé dans la mise en place du programme national des drogues de substitution et les problèmes causés ;
- la communication des informations les plus récentes au ministère de la Santé sur la mise en œuvre d'un programme de traitement répondant aux besoins des consommateurs de drogues, notamment mineurs ;
- le traitement des consommateurs de drogues à Chypre et à l'étranger – mesures à appliquer ;
- la nécessité de la gratuité du traitement des toxicomanes.

Des ministres ont évoqué la mise à jour les connaissances du personnel, les équipements et les activités sur le terrain de la police, débattue à la Commission parlementaire contre la criminalité et les drogues/les substances toxicomanogènes.

D'autres questions ont été posées pour débat par les commissions parlementaires, notamment :

- la nécessité d'une plus grande sensibilisation aux drogues dans les écoles ;
- la création d'une commission parlementaire consacrée aux problèmes de drogues et de substances toxicomanogènes ;
- l'actualisation du Plan d'action du Conseil antidrogue de Chypre (CAC) ;
- le problème des drogues au sein de la Garde nationale et la façon de le combattre ;
- les problèmes liés à l'application de la loi de 1992 sur le traitement des consommateurs de drogues ;
- la coordination des services compétents et des organisations volontaires en vue de protéger les écoliers contre le tabac et la drogue/les substances toxicomanogènes ;
- la nécessité de mesures d'incitations pour les entreprises privées qui emploient des personnes ayant des besoins spéciaux et d'anciens consommateurs de drogues.

Ces questions sont un échantillon des préoccupations des responsables de l'élaboration des politiques à Chypre, l'année dernière et les années précédentes.

2.4. Fondements juridiques de la politique en matière de drogues

La loi de 1977 sur les drogues narcotiques et les substances psychotropes a été modifiée plusieurs fois depuis son entrée en vigueur en 1979. Elle définit les substances contrôlées et les catégorise sous forme de tableaux, et contient des dispositions strictes sur leur importation, exportation, fabrication, transformation, possession et consommation. De plus, elle détermine les types d'infractions et les différentes sanctions. Cette loi permet au Conseil des ministres d'émettre des réglementations visant à faciliter la mise en œuvre des dispositions, et au ministère de la Santé d'établir des consignes définissant entre autres les substances contrôlées. Ces réglementations et consignes ont été émises conformément à la loi.

La loi de 1992 sur la prise en charge et le traitement des toxicomanes prévoit notamment la création de centres de réinsertion et autres centres médicaux, même si ceux-ci ne sont toujours pas opérationnels.

La loi sur la prévention de la consommation et de la diffusion de drogues – création du Conseil antidrogue de 2000 – a été modifiée deux fois en 2002. Cette loi pose essentiellement le cadre juridique de la mise en œuvre du Règlement (CEE) n° 302/93 du Conseil européen. Elle prévoit en outre la création du Conseil antidrogue de Chypre (CAC) et contient des dispositions détaillées sur les devoirs et les pouvoirs de ce dernier. Dirigé par le Président de Chypre et composé des représentants de six ministères, le Comité national antidrogue est chargé d'élaborer des politiques relatives aux drogues et à la toxicomanie. Il a pour tâche d'établir, de coordonner, de suivre et de mettre en œuvre la Stratégie nationale antidrogue qui comprend pour 2004-2008 deux grands plans d'action – d'une part, la réduction de la demande, de l'autre, la réduction de l'offre des drogues –, répartis entre plusieurs domaines spécifiant les objectifs et actions, et désignant les institutions chargées de les réaliser.

Le mandat de cet organe national de coordination inclut la programmation, la coordination et l'évaluation de toutes les actions, programmes et interventions aux niveaux universel, sélectif et préconisé de prévention de la toxicomanie. Il consiste également à alerter et à informer le public des problèmes de drogues, ainsi qu'à mener des recherches cohérentes en la matière. La lutte contre les drogues demeurant la priorité, tous les ministères concernés prennent des mesures politiques et législatives en vue de renforcer la coordination des activités et l'efficacité des mesures. Le Conseil antidrogue assure la liaison entre la

République de Chypre et d'autres organisations étrangères consacrées aux questions de drogues, et encourage les mesures législatives ou toutes autres mesures permettant à la prévention de la consommation et de la diffusion des drogues de porter ses fruits.

Par ailleurs, le Conseil antidrogue de Chypre est chargé de la conception, du développement et de la mise en œuvre de la Stratégie nationale antidrogue et du Plan d'action national contre les drogues, conformément à la stratégie de l'Union européenne. Le conseil doit également mettre en place, soutenir et suivre le Point focal national Reitox et le système national d'information sur les drogues.

Substances contrôlées

Les substances contrôlées sont répertoriées par le ministère de la Santé à leur première importation. Le niveau de contrôle proposé par le Conseil national des narcotiques, d'après les conventions signées par la République de Chypre, est pris en compte au même titre que les schémas locaux de consommation, la diversité sociale, etc.

La loi de 1977 sur les drogues narcotiques et sur les substances psychotropes répartit les substances contrôlées en trois catégories – les drogues de classe A, de classe B et de classe C –, en fonction des risques pour la santé publique, leur potentiel en matière de consommation excessive, etc. Les drogues de classe A sont les plus toxicomanogènes. Les niveaux de sanction sont directement liés à cette classification.

Consommation et possession de drogues

La consommation de drogues contrôlées est pénalisée en vertu de l'article 10 de la loi de 1977 qui interdit à l'origine la consommation d'opium préparé, de cannabis ou de résine de cannabis – interdiction étendue en 1992 à toutes les autres drogues contrôlées répertoriées. L'amendement de l'article 15 en 1992 a aussi modifié les dispositions relatives aux sanctions de la troisième version de la loi de 1977.

La consommation ou la possession de drogues de classe A ou B est désormais passible d'une peine d'emprisonnement à vie. La peine maximale pour la consommation ou la possession de drogues de classe C est de 8 ans. De plus, il est interdit d'acheter ou de posséder une drogue contrôlée sans autorisation.

L'amendement de l'article 30A de la loi de 1977 en 2003 a introduit des limites quantitatives de consommation personnelle, au-delà desquelles il est présumé de façon réfutable que les personnes ont l'intention de

vendre les substances en leur possession. Selon le tableau figurant dans cet article, les limites sont fixées à trois plants ou plus de cannabis, trente grammes ou plus de cannabis ou ses produits, dix grammes ou plus de cocaïne ou d'opium préparés (ou ses produits). Cette mesure a été jugée nécessaire compte tenu des difficultés de prouver l'intention de vendre au tribunal.

L'état de « dépendance » est reconnu par la loi. La loi de 1992 sur la prise en charge et le traitement des toxicomanes dispose qu'une personne est « toxicomane » si elle est dépendante de l'absorption de substances, telles que définies par la loi de 1977 sur les drogues narcotiques et substances psychotropes, ou d'autres substances toxicomanogènes.

Les autorités chypriotes étant très strictes sur les questions de drogues, elles engagent des poursuites judiciaires chaque fois qu'elles ont vent d'une activité illégale dans ce domaine. Toutefois, dans de rares cas, le ministère de la Justice ne lance pas de poursuites s'il estime que les circonstances de l'affaire justifient sa décision – ce pouvoir s'exerce dans toute affaire pénale. Cependant, depuis l'amendement en 1992 de l'article 30.2, la loi de 1977 dispose que les tribunaux ne peuvent imposer une peine d'emprisonnement de plus d'un an aux personnes de moins de 25 ans arrêtées pour la première fois lorsque l'infraction concerne uniquement la consommation personnelle.

Diverses lois couvrent le problème du trafic de drogues : la loi de 1977 interdit de produire ou d'être impliqué dans la production d'une drogue contrôlée ; d'offrir ou de proposer d'offrir directement ou indirectement de la drogue contrôlée ; la possession de drogues contrôlées dans l'intention de la revendre ; la culture de plants de cannabis ou de pavot (*papaver somniferum*). Les pénalités concernant le trafic peuvent aller jusqu'à l'emprisonnement à vie pour les substances de classe A ou B, et à huit ans pour les substances de classe C.

La police a créé l'Unité d'application de la loi sur les drogues, dont le principal objectif est de lutter contre ce fléau et de coopérer avec d'autres organes associés à la prévention et à la lutte contre le trafic. La police et la Direction des douanes et des droits indirects ont signé un mémorandum d'accord en la matière et désigné des points de contact pour coordonner les mesures prises.

Par ailleurs, la Direction des douanes et des droits indirects est en coopération étroite avec d'autres autorités gouvernementales pour des questions d'application de la loi, telles que le ministère du Commerce, de l'Industrie et du Tourisme et les Services pharmaceutiques.

Prévention, prise en charge et traitement

La principale loi à cet égard est celle de 1992 sur la prise en charge et le traitement des toxicomanes. Selon ses dispositions, les personnes arrêtées souffrant d'une dépendance peuvent purger leur peine dans des centres de désintoxication/réinsertion si le tribunal l'ordonne. De plus, cette loi prévoit la possibilité pour les toxicomanes mineurs d'être détenus dans ces centres de traitement, uniquement sur ordre d'une juridiction compétente et à la demande de l'adulte responsable du mineur ou de toute autre personne en mesure de connaître sa situation.

Malheureusement il n'existe pas pour l'heure de centres de traitement de ce type sous supervision gouvernementale ; qui plus est, les réglementations n'ont pas encore été promulguées. Cependant, le gouvernement se penche à l'heure actuelle sur les centres existants afin de rendre cette disposition applicable.

2.5. Elaboration de la politique de Chypre en matière de drogues

Jusqu'en 2000, les interventions dans le domaine des drogues portant sur la réduction de la demande et de l'offre n'étaient pas menées de façon systématique. L'absence d'efforts coordonnés était observée dans le secteur tant gouvernemental que non gouvernemental. Le traitement incombait généralement au ministère de la Santé et aux services de santé mentale qui ont créé une unité spéciale en 1991 pour traiter la toxicomanie et l'alcoolisme. Des programmes de prévention ont été mis en œuvre dans des établissements scolaires par des enseignants bénévoles en dehors de la salle de classe, à une période où les toxicomanes étaient considérés comme des criminels. Parallèlement, la société civile a rallié ses efforts à une vague d'intérêt considérable, alors que les données scientifiques disponibles demeuraient relativement rares.

En 2000, le Parlement chypriote a promulgué la « loi sur la prévention de la consommation et de la diffusion des drogues et d'autres substances toxicomanogènes » (élaborée par le Conseil antidrogue), établissant l'organe suprême de coordination antidrogue (légal et illégal) du pays : le Conseil antidrogue de Chypre (CAC). Ce dernier a principalement pour rôle de coordonner l'ensemble des efforts des secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, afin de garantir

que toutes les actions sont conformes à l'esprit et à la philosophie de la Stratégie nationale antidrogue.

La première Stratégie nationale antidrogue a été conçue en 2004, dans le prolongement d'un projet de jumelage de l'Union européenne entre Chypre et l'Espagne, associant un processus intense de consultation entre le Conseil antidrogue de Chypre et les ministères concernés (ministère de la Santé, de la Justice et de l'Ordre public, de l'Education et de la Culture, de l'Intérieur, de la Défense, du Travail et de la Protection sociale), ainsi que les ONG. Cette évolution s'est produite au moment de l'adhésion de Chypre à l'Union européenne et de sa prise d'engagements pour mettre en place l'ensemble des structures et mécanismes utiles.

La stratégie nationale englobe la réduction de la demande et de l'offre de substances tant légales qu'illégales. Toutefois, en raison de la demande sociale d'action immédiate en matière de drogues illégales et du manque d'effectif du CAC, ce dernier a concentré ses efforts sur ce type de drogues, dans le but de renforcer les programmes et structures de prévention au sein du ministère de l'Education et de la Culture, de même que les différents traitements proposés par le ministère de la Santé. Les quelques actions comprises dans les plans d'action concernant l'alcool et le tabac ne figuraient donc pas parmi les priorités du conseil.

Contexte international

En plus des mesures citées précédemment, Chypre prend régulièrement part au groupe de travail horizontal « Drogue » de l'Union européenne. Par ailleurs, l'observatoire est cofinancé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), qui participe activement à ses procédures avec d'autres Etats membres de l'Union européenne. Qui plus est, des experts nationaux sur les drogues s'associent régulièrement en tant que participants et intervenants aux conférences internationales.

Relations entre la politique en matière de drogues et la politique antialcool/tabac

Les données concernant la consommation de drogues licites ou illicites ne sont disponibles que depuis une dizaine d'années et demeurent limitées. Les enquêtes de l'ESPAD (1995, 1999 et 2003) montrent une augmentation de 40 fois ou plus de la consommation régulière de cigarettes et du tabagisme en milieu scolaire au cours des trente dernières années. Selon une enquête menée en 2006 auprès du grand public,

34,6 % des personnes interrogées ont été ivres au moins une fois dans leur vie. Par ailleurs, l'enquête a révélé que 51 % des participants estimaient que l'absorption de cinq boissons alcoolisées par week-end présentait un risque modéré à élevé.

Les évolutions juridiques, les actions de la société civile, la forte couverture médiatique des accidents mortels de la route liés à l'alcool et à d'autres drogues ont fait évoluer les mentalités au sujet des conséquences nuisibles des drogues licites. Malgré l'existence de plusieurs lois régissant la vente, la consommation, etc., des substances, les anciennes normes sociales ne permettaient leur application et entretenaient par conséquent une situation de tolérance absolue envers la consommation d'alcool et de tabac.

La Convention internationale contre le tabagisme entrée en vigueur en 2005 et le lancement d'une campagne de lutte contre le tabac à Chypre par le commissaire à la santé, ainsi que les amendements à la loi sur la protection de la santé (contrôle du tabagisme – qui contient des dispositions telles que l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs, de faire de la publicité pour le tabac et de fumer dans les lieux publics) et à la loi sur la vente de boissons alcoolisées ont permis de réduire en partie la tolérance du public à l'égard des drogues licites. Ce changement se manifeste également dans l'investissement de la société civile et des groupes de pression (par exemple les parents) au niveau parlementaire pour promouvoir l'application de la loi fixant l'heure de fermeture des boîtes de nuit ainsi que la notion de « conducteur désigné ».

L'augmentation des accidents de la route liés à l'absorption d'alcool et à la polyconsommation de drogues – et leur couverture médiatique – a permis de sensibiliser davantage le public aux conséquences fâcheuses de la consommation d'alcool. Les campagnes médiatiques à l'intention des jeunes ont aussi réduit la tolérance vis-à-vis de la consommation de drogues licites.

La Stratégie nationale antidrogue 2004-2008 constitue la partie initiale d'une politique sociale globale portant sur les substances licites et illicites. Elle s'accompagne de plans d'action relativement détaillés sur la réduction de l'offre et de la demande de drogue. Ce programme s'inscrit dans le droit-fil des principes et lignes directrices de la Stratégie antidrogues de l'Union européenne. Il est expressément indiqué que « Chypre renforcera la prévention de la consommation de drogues et de ses conséquences négatives sur la santé et sur l'intégration sociale, d'après une approche globale qui ne se concentrera pas seulement sur les drogues illicites mais accordera une attention particulière aux autres substances légales, en particulier l'alcool, le tabac et les

psychotropes pouvant entraîner une dépendance ou une consommation excessive ».

Les grands piliers de la prévention sont : « la prévention de la consommation “de loisir” et l’abus de substances légales et illégales en mettant l’accent sur les nouvelles drogues de synthèse et sur la cocaïne » et « la prévention de la consommation à risque de drogues légales telles que l’alcool, le tabac et les psychotropes entraînant une dépendance ou une consommation excessive ». Par ailleurs, la Stratégie nationale en matière de drogues invite à promouvoir la coordination de tous les services concernés et la participation de l’ensemble des membres de la société civile.

Dans le plan d’action visant à réduire la demande de drogues, la question de l’alcool et du tabac est traitée dans trois milieux (sous-chapitres) : professionnel, de loisirs, et indirectement dans le milieu scolaire.

Pour comprendre la stratégie telle qu’elle s’applique à Chypre, il importe d’examiner les influences des institutions contribuant à sa mise en place et d’autres stratégies européennes. La première stratégie était issue d’un projet jumelé avec l’Espagne et la Grèce – la stratégie chypriote est donc fortement influencée par celle de l’Espagne. Comme indiqué plus haut, les substances licites étaient comprises dans la stratégie malgré leur acceptation sociale, afin de créer une stratégie holistique aux actions concrètes et mesurables. De plus, malgré l’absence de données, des indications claires relatives aux dangers de la consommation d’alcool, par exemple les accidents mortels de la route, ont alerté les responsables de l’élaboration de la stratégie et les ont motivés à y inclure l’alcool.

De plus, à la suite de l’adhésion du pays à l’Union européenne, des tentatives ont été faites pour s’aligner sur la politique de l’UE et d’autres organisations internationales. L’inclusion de l’alcool et du tabac dans la première stratégie en matière de drogues a marqué le début d’une nouvelle ère au regard de leur acceptation sociale.

Pour conclure, les drogues licites sont toujours perçues à Chypre comme moins nuisibles que les drogues illicites. Néanmoins, des éléments révèlent un changement de mentalité aux niveaux politique et social. L’adoption d’une politique globale sur les drogues (incluant les substances psychotropes licites et illicites) permettrait d’établir un système bien structuré et renforcé de prévention et de traitement.

2.6. Théorie et pratique

Cela étant dit, il convient de tenir compte de la divergence entre le traitement officiel des questions de drogues et la pratique. En effet, on note le peu d'intérêt accordé aux conclusions des recherches relatives à l'élaboration de la politique. Parallèlement, l'accent est mis de manière excessive sur les processus décisionnels politiques. Par conséquent, les fonds consacrés aux projets de recherche scientifique sont insuffisants, même s'ils sont jugés nécessaires par les experts.

En dépit de la perception publique évoquée précédemment, le problème des drogues ainsi que d'autres problèmes sociaux ne figurent pas parmi les priorités politiques. Cette situation est probablement due à l'importance considérable de la « question chypriote », qui prévaut aux yeux du public. Rappelons tout de même que les drogues sont considérées comme le deuxième problème majeur après la question nationale.

3. République tchèque : politique en matière de drogues et lien avec les politiques en matière de tabac et d'alcool

Pavla Chomynova, Point focal national tchèque pour les drogues et les toxicomanies, Commission nationale de lutte contre l'abus des drogues, Office du Gouvernement de la République tchèque

3.1. Apparition de « scènes ouvertes de la drogue » en République tchèque

Au début des années 1990, la consommation de drogues illicites a augmenté en République tchèque et dans d'autres pays d'Europe centrale et orientale en raison de la libéralisation de la société après la chute du régime communiste. L'évolution des valeurs et du mode de vie, l'affaiblissement de la sécurité sociale et du contrôle, le peu de compréhension des problèmes liés aux drogues et l'absence de législation applicable ainsi que l'ouverture du marché et les possibilités accrues d'accès aux drogues a entraîné une forte augmentation de la consommation de drogues illicites en République tchèque. Jusqu'en 1990, les substances illicites qui existaient en République tchèque étaient la marijuana produite localement, un opium artisanal appelé « braun » et une méta-amphétamine artisanale appelée « pervitine ». Le marché de la drogue n'existait quasiment pas et le nombre d'utilisateurs était très faible.

Depuis 1990, la République tchèque sert de pays de transit pour l'héroïne et un marché de drogues (reposant sur une offre et une demande) a vu le jour. A la fin des années 1990, elle est devenue un pays cible pour les drogues illicites également ; le nombre d'utilisateurs de drogues (tant d'utilisateurs expérimentés que d'utilisateurs d'héroïne et de pervitine à problème) a commencé à progresser ; les drogues étaient essentiellement importées mais la production nationale s'est aussi poursuivie (la pervitine demeure la drogue la plus populaire à ce jour). Le concept de « scène ouverte de la drogue » est apparu, la criminalité liée à la drogue a commencé à se développer fortement et tous les types de drogues illicites sont devenus beaucoup plus accessibles. Ces cinq dernières

années, le nombre d'usagers de drogues à problème s'est stabilisé tandis que l'usage expérimental de marijuana, d'ecstasy et d'autres drogues synthétiques a continué d'augmenter, en particulier parmi les jeunes.

Pour un complément d'informations sur la situation actuelle en matière d'usage de drogues et ses conséquences, voir le rapport annuel sur l'état du phénomène des drogues en République tchèque en 2005 (Mravčík *et al.*, 2006).

3.2. Elaboration d'une politique en matière de drogues en République tchèque

La politique en matière de drogues de la République tchèque ne s'inscrit pas dans une longue tradition. Au début des années 1990, des experts et des professionnels ont commencé à mettre en garde contre l'augmentation attendue de la consommation de drogues illicites (dans le droit-fil de la tendance générale des autres pays européens). Toutefois, rien n'a été fait jusqu'en 1993, année où la République tchèque a adopté les conventions de l'ONU ; c'est seulement après que le Gouvernement tchèque a créé le premier organe de consultation, à savoir la Commission nationale de lutte contre l'abus des drogues, et adopté le premier document d'orientation en la matière intitulé *Grandes lignes et programme de la politique en matière de drogues pour 1993-1996* (Bém *et al.*, 2003). Ce document analysait pour la première fois la situation dans le domaine de l'abus de drogues (sur la base des rares informations alors disponibles). Les premiers principes de la politique et de ses priorités en matière de drogues ont alors été définis :

- dans le domaine de la répression – lutter contre la criminalité liée aux drogues, en particulier la criminalité organisée ;
- dans le domaine du contrôle administratif – créer des instituts conformément à la législation internationale ;
- dans le domaine de la prévention – favoriser la prévention primaire en prenant notamment des mesures pour créer différents types de services à l'intention des usagers de drogues (par exemple des centres à bas seuil, des communautés thérapeutiques et des centres de jour jusqu'alors inexistantes) ;
- dans le domaine de l'information – créer un système de suivi de la situation en matière de drogues.

Malgré l'objectif de prévention primaire, ce programme incluait des actions pour créer différents types de services pour les usagers de drogues, tels que les centres à bas seuil, les communautés thérapeu-

tiques et les centres de jour qui n'existaient pas à l'époque. Le document recense les instruments fondamentaux pour la coopération au niveau national mais aussi régional, et le renforcement du rôle des ONG offrant des services aux usagers de drogues.

La Commission nationale de lutte contre l'abus des drogues est un organe consultatif du gouvernement qui compte le Premier ministre et des ministres traitant dans une certaine mesure de la question des drogues (c'est-à-dire les ministres de l'Éducation, de la Santé, des Affaires sociales, de l'Intérieur, etc.). Elle a pour mission de formuler des stratégies usuelles et complexes pour la politique en matière de drogues et de coordonner cette dernière ainsi que son application aux niveaux national et régional.

Le deuxième document intitulé « *Grandes lignes et programme de la politique en matière de drogues pour 1998-2000* » a permis d'évaluer les succès et les échecs de la période antérieure sur la base des premiers indicateurs de l'épidémiologie des drogues. Les Grandes lignes de 1998 préconisaient une approche équilibrée couvrant la réduction de l'offre et de la demande de drogues ; elles étaient axées sur des instruments et des mécanismes de financement, de mise en place d'un réseau minimal de services, d'évaluation de la qualité et de l'efficacité (par exemple la définition de normes de qualité) et de formation notamment. Il était recommandé d'adopter une approche réaliste et pragmatique, avec des objectifs réalisables (par exemple l'objectif d'une société sans drogue a été abandonné ; le but était de mettre l'accent sur des mesures ciblées efficaces et le financement devait viser les interventions permettant de garantir la qualité et d'évaluer les résultats) (Bém *et al.*, 2003).

Dans la deuxième partie des années 1990, une législation a vu le jour dans le domaine des activités criminelles liées aux drogues, comme la loi n° 61/1996 Coll. contre la légalisation du produit d'activités criminelles (y compris le blanchiment d'argent) et la loi n° 167/1998 Coll. sur les substances toxicomanogènes qui traite des substances psychotropes et des précurseurs. Dans les années 1990, le Code pénal (de 1961) a été modifié pour être adapté aux obligations découlant de conventions et d'accords internationaux ; quatre paragraphes relatifs aux drogues renvoient désormais à la possession de drogues destinées à une autre personne, à la consommation personnelle, à la production non autorisée de drogues et à la propagation de ces dernières. Dans les années 1990, d'intenses discussions ont porté sur l'équilibre à observer entre répression et légalisation de la consommation de drogues ; elles se poursuivent dans une certaine mesure aujourd'hui et sont de temps à autre reprises par les médias et le public.

Si les deux premiers documents d'orientation concernaient pour l'essentiel la mise en place de mécanismes de coordination de la politique antidrogue et l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prévention, de traitement et de réadaptation, le troisième document, intitulé *Stratégie nationale en matière de drogues pour 2001-2004*, a mis l'accent sur les programmes et les services manquants dans le domaine de la prévention et du traitement, l'élaboration d'instruments d'évaluation de leur qualité et de leur efficacité, et l'amélioration de la collaboration dans le domaine de la réduction de l'offre de drogues. Dans le cadre de la stratégie nationale, sept domaines d'action ont été définis : 1. la prévention primaire ; 2. le traitement et la réadaptation (y compris la réduction des risques) ; 3. la législation et la diminution de l'offre de drogues ; 4. le financement ; 5. la formation professionnelle ; 6. la coopération internationale ; et 7. la coordination (Meziresortní protidrogová komise, 2000). La stratégie nationale avait pour principal objectif de créer un cadre coordonné, efficace et équilibré pour la politique en matière de drogues par des interventions au niveau de la prévention, du traitement, de la réadaptation et de la répression correspondant aux besoins des groupes cibles et reposant sur les données disponibles dans les pays européens ; le but était d'accroître la qualité et l'efficacité des programmes, d'élargir l'éventail des services offerts et d'évaluer plus fréquemment les effets des interventions.

Le dernier document en date, à savoir la *Stratégie nationale en matière de drogues pour 2005-2009*, repose sur les principes des précédents documents d'orientation en ce sens qu'il se fonde sur une approche équilibrée entre la réduction de la demande de drogues et celle de l'offre, et sur les quatre piliers suivants : prévention, traitement, réduction des risques et diminution de l'offre. La politique en matière de drogues est formulée dans le contexte de la coordination, du financement, de la coopération et de la recherche internationales, de l'information et de l'évaluation (voir le tableau 3.1).

La stratégie nationale a pour principaux objectifs : 1. de lutter contre la criminalité organisée et de faire respecter la législation relative à la distribution de drogues licites ; 2. de réduire l'usage de tous les types de drogues et les effets nocifs que ces dernières peuvent avoir sur les individus et la société (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005b). Au nombre des objectifs spécifiques figurent :

- la stabilisation ou la diminution du nombre d'usagers de drogues à problème ;
- l'arrêt de l'augmentation de l'usage expérimental et occasionnel de drogues licites et illicites ;

- la stabilisation ou la réduction de la consommation de substances licites et illicites dans la société, en particulier parmi les jeunes ;
- la réduction des risques potentiels liés à l'usage de tous les types de drogues et des effets économiques, sanitaires et sociaux que cet usage a sur l'individu et la société ;
- l'amélioration de la qualité de vie des usagers de drogues, de leurs parents et de leur famille par l'accès à des services de traitement et de réadaptation de qualité ;
- la réduction de la disponibilité de substances licites et illicites dans le grand public, et en particulier parmi les jeunes, par l'utilisation effective de la législation et des instruments institutionnels existants.

Tableau 3.1 – Contexte et quatre piliers de la politique antidrogue de la République tchèque

Coordination Financement			
Prévention primaire	Traitement et resocialisation	Réduction des risques	Réduction de l'offre
Activités visant à prévenir l'usage de drogues ou à retarder la première expérience à un âge plus mûr	Série de services liés à la thérapie d'abstinence pour les usagers de drogues qui choisissent délibérément de vivre sans drogue	Activités visant à réduire les risques sanitaires et sociaux potentiels et les conséquences de l'usage de drogues par rapport aux usagers qui ne sont pas encore prêts à renoncer à la drogue et par rapport à la société	Activités visant à faire respecter la loi pour lutter contre l'offre de drogues
Réduction de la demande		Réduction des risques	Réduction de l'offre
Recherche, information, évaluation			
Engagements et coopération au niveau international			

Source : Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005b.

Parmi les autres objectifs figure un système efficace de financement de la mise en œuvre de la politique en matière de drogues, une coordination efficace des sujets à tous les niveaux avec des compétences et des fonctions clairement définies, l'information du public (information complexe, objective, fiable et fondée sur les résultats), la coopération internationale et l'évaluation des activités. Les objectifs particuliers et structurels et les activités concrètes sont décrits plus en détail dans le Plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de drogues pour 2005-2006 et le Plan d'action pour 2007-2009⁴.

3.3. Drogues licites

3.3.1. Politiques relatives aux drogues licites

Parallèlement à l'élaboration d'une politique en matière de drogues, des politiques concernant les substances licites (alcool et tabac) ont été formulées dans le cadre de la politique de santé. A partir du début des années 1990, plusieurs documents visant à améliorer l'état de santé de la population ont été préparés et approuvés par le Gouvernement de la République tchèque, dont le Programme national pour la promotion de la santé en 1992, le Programme national de santé en 1994 et le Plan d'action relatif à la santé et à l'environnement en 1998 (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004). Ces documents énoncent plusieurs objectifs en matière de réduction de la consommation d'alcool et de tabac, en particulier parmi les jeunes, compte tenu de la prise de conscience croissante des risques liés à la consommation de ces produits. Il était notamment prévu de restreindre l'offre d'alcool et de tabac, de promouvoir l'abstention de l'usage de tabac et de suivre la consommation de tabac et d'alcool et ses conséquences.

La nouvelle loi sur la protection de la santé publique (n° 258/2000 Coll.) adoptée en 2000 précisait les responsabilités des différentes institutions dans le domaine de la santé publique. En 2002, le Gouvernement de la République tchèque a approuvé une stratégie à long terme pour l'amélioration de l'état de santé de la population « Santé 21 – La santé pour tous au XXI^e siècle », version tchèque de Santé 21 de l'OMS (les principaux objectifs ont été adaptés à la situation particulière de la République tchèque). L'un des buts de Santé 21 porte sur l'alcool, le tabac et les drogues illicites (but 12) et consiste à réduire

4. Le texte (en anglais) de la Stratégie nationale en matière de drogues peut être téléchargé en format pdf à l'adresse suivante : http://www.drogy-info.cz/index.php/english/publications/national_drug_policy_strategy_for_the_period_2005_to_2009.

les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme, c'est-à-dire les corrélats négatifs de l'usage de substances toxicomanogènes (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002). Parmi les interventions destinées à atteindre ce but figurent des mesures législatives et fiscales, la restriction de la publicité, des programmes de prévention dans les établissements scolaires et des campagnes dans les médias, la mise en place d'un réseau minimal de services de traitement et la création d'un centre de coordination, de contrôle et de recherche spécialisé dans l'alcool et le tabac. La République tchèque a aussi adhéré au Plan d'action européen 2000-2005 en matière d'alcool, qui définit les objectifs de prévention et de réduction des dommages dus à l'alcool, et à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dont l'objectif est le même pour le tabac ; les objectifs énoncés dans ces documents sont conformes aux buts susmentionnés de Santé 21.

Les interventions visant à promouvoir la santé publique relèvent désormais du ministère de la Santé. A ce jour, les améliorations sont minimales car le ministère de la Santé fait face en permanence à des problèmes de fiabilité du système de soins de santé (absence de fonds pour les soins de santé primaires et les équipements sanitaires, endettement croissant des compagnies d'assurance maladie par exemple). Actuellement, ces secteurs sont beaucoup plus prioritaires que celui de la promotion active de la santé (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004). A cela s'ajoute le peu d'intérêt que les dirigeants portent au sujet et la sous-estimation des risques liés à la consommation d'alcool et de tabac (Nešpor et Csémy, 2004 ; Lejčková *et al.*, 2005).

Les lois adoptées dans les années 1990 et en 2000 ont été mises à jour à plusieurs reprises, la dernière actualisation date de 2006 (loi n° 76/2006 Coll. portant modification des lois susmentionnées n° 167/1998 sur les substances toxicomanogènes et n° 258/2000 sur la protection de la santé publique). La loi sur les interventions destinées à protéger des dommages causés par les produits du tabac, l'alcool et les autres substances toxicomanogènes (n° 379/2005 Coll.) a été adoptée en 2005. Elle prévoit des restrictions à l'offre de produits du tabac, une interdiction de fumer dans certains lieux (par exemple les bâtiments publics, les établissements scolaires et les établissements de santé), des restrictions à l'offre d'alcool et des sanctions en cas de violation de ses dispositions. Elle porte aussi sur l'organisation et l'application de la politique antidrogue aux niveaux national et régional.

3.3.2. Drogues licites et politiques en matière de drogues

Pour la première fois, les questions relatives aux drogues licites (en particulier le tabac et l'alcool) ont été prises en compte dans la Stratégie

nationale en matière de drogues pour 2005-2009. Lors de la préparation de la stratégie précédente (qui couvrait la période 2001-2004), plusieurs experts avaient déjà attiré l'attention sur les corrélations entre l'usage de drogues licites et celui de drogues illicites. Cela étant, les problèmes liés aux drogues licites n'avaient pas été pris en compte dans la stratégie précédente, faute essentiellement de soutien et de volonté politiques, car l'usage d'alcool et de tabac est accepté par la société et les mesures prises pour réduire l'offre de ces produits ou leur accessibilité sont généralement (et politiquement) jugées peu populaires.

Les raisons pour lesquelles il a été décidé de faire relever le tabac et l'alcool de la politique en matière de drogues sont les suivantes⁵ :

- le tabac et l'alcool sont des substances toxicomanogènes et, comme les drogues illicites, ils entraînent une dépendance, des modifications de la perception, de l'humeur, de la pensée et/ou des fonctions motrices, et sont à l'origine de graves problèmes de santé et de société ;
- les risques liés à la consommation d'alcool et de tabac demeurent sous-estimés même s'ils sont toujours mentionnés dans les stratégies relatives à la protection et à la promotion de la santé publique ;
- la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool dans la population tchèque est élevée, que ce soit parmi les adultes ou parmi les enfants et les jeunes. Parallèlement, la vente de cigarettes et d'alcool est interdite au-dessous d'un certain âge (l'âge légal pour acheter de l'alcool et des produits du tabac est fixé à 18 ans) ;
- la prévention actuelle (dans les établissements scolaires) ne fait pas de différence entre les drogues licites et les drogues illicites.

Un groupe de travail composé d'experts a élaboré une documentation de base sur l'alcool et le tabac et formulé les objectifs essentiels ci-après : 1. réduire la consommation d'alcool et de tabac, en particulier parmi les jeunes ; 2. réduire les effets défavorables pour les individus et la société ; et 3. réduire les possibilités d'accès à l'alcool et aux produits du tabac. Dans les quatre domaines sélectionnés, à savoir la collecte de données, la législation, la prévention et le traitement et l'information, des activités particulières ont été prévues.

5. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005*a* et *b*.

Le chapitre consacré en particulier aux drogues licites devait figurer dans le Plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de drogues pour 2005-2006 ; toutefois, dans le document définitif, les interventions relatives au tabac et à l'alcool sont éparpillées dans les divers chapitres sur le traitement, la réduction de l'offre, l'information, etc., et l'intention initiale de faire ressortir le sujet a donc disparu.

Pour plus d'informations sur les activités et interventions spécifiques relatives au tabac et à l'alcool, voir le Plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de drogues pour 2005-2006 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005*a*) ou le point particulier du rapport annuel sur l'état du phénomène des drogues en République tchèque en 2004⁶.

3.3.3. Ajout des drogues licites dans la stratégie nationale : un succès ?

Le plan d'action pour 2005-2006 a été évalué au début de 2007. En tout, 14 activités ont été inscrites dans ce plan d'action qui doit être exécuté d'ici à la fin de 2006 ; sur ces 14 activités, 9 ont été conduites avec succès. Les activités menées à bien comprennent de courtes interventions concernant l'usage du tabac et de l'alcool dans la pratique, la formation de professionnels de la santé, une proposition de projet de loi, l'application de restrictions concernant la disponibilité des produits du tabac et d'alcool et des sanctions pour violation de la loi ainsi que la création d'un centre de suivi de l'usage de tabac et d'alcool (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2007*b*). On s'interroge toutefois sur leur mise en œuvre réelle, car les résultats échappent souvent, sont instables, voire inconnus ; il est à craindre qu'il ne s'agisse là que d'une déclaration de pure forme.

Certaines des activités non exécutées (ou exécutées en partie) figurent dans le nouveau Plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de drogues pour 2007-2009 ; ce plan prévoit des activités spécifiques pour restreindre les possibilités d'accès à l'alcool et aux produits du tabac des enfants n'ayant pas l'âge légal (analyse de l'efficacité de la mise en œuvre des restrictions) et des activités de collecte de données sur l'ampleur de la consommation de tabac et d'alcool et ses conséquences (lancement d'un site web du centre de suivi

6. Téléchargeable (en anglais) en format pdf à l'adresse suivante : http://www.drogy-info.cz/index.php/english/publications/czech_annual_report_on_the_2004_drugssituation.

de l'usage de tabac et d'alcool, élaboration d'un rapport annuel sur la situation, formulation d'une liste d'indicateurs pour la collecte et l'analyse de données, et analyse de la situation du réseau existant de services de prévention et de traitement) (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2007*a*). Plusieurs activités, notamment dans le domaine de la prévention ou de l'éducation/formation, ne distinguent pas les substances licites des substances illicites, et renvoient aux substances toxicomanogènes en général. Cela étant, le champ des activités relatives à la consommation d'alcool et de tabac a diminué. En fait, il n'est pas prévu de l'étendre dans les différents domaines et aucun chapitre particulier ne devrait porter sur les substances licites. Le nouveau plan d'action prévoit de restreindre l'offre de substances volatiles.

Parallèlement, des pressions croissantes sont exercées pour ouvrir les services visant les usagers de drogues (illicites) aux consommateurs d'alcool et de tabac, en particulier ceux auxquels les usagers de drogues licites n'ont actuellement pas accès (par exemple les communautés thérapeutiques, les programmes de postcure ou les services à bas seuil), ce qui a des conséquences pour le système de financement des services. Il est fait pression pour que ces services soient financés sur les fonds alloués à la politique en matière de drogues ; or ces fonds ne sont pas levés dans ce but précis et les fonds existants sont très limités et ne peuvent donc couvrir ni le traitement, ni la postcure des usagers d'alcool et de tabac.

A ce jour, la société a toujours l'impression que « l'alcool et le tabac ne sont pas des drogues » et qu'en tant que tels, ils ne relèvent pas de la politique en matière de drogues. Comme la société en général se montre très tolérante face à l'usage de tabac et d'alcool, qu'elle accepte, les interventions visant à restreindre la disponibilité et l'usage de ces produits (par exemple interdictions de fumer, alourdissement de la fiscalité ou restriction des points de vente) ne sont pas prisées par les dirigeants et peu appréciées par la société, même si les professionnels n'ont de cesse de parler des risques et des préjudices liés à l'alcool et aux drogues. Les seules interventions que la société admet à ce jour concernent l'alcool et la conduite automobile (il existe actuellement une tolérance zéro en matière d'alcool) et les restrictions de vente d'alcool et de produits de tabac aux enfants et aux adolescents (l'âge légal pour acheter de l'alcool et du tabac est fixé à 18 ans).

Bibliographie

Bém, P., Kalina, K. et Radimecký, J., « Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice » (Apparition de scènes ouvertes de la drogue et politique antidrogue en République tchèque), in Kalina, K. (éd.), *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup* (Drogues et toxicomanies 1 : approche multidisciplinaire, Úřad vlády ČR (Office du gouvernement), Prague, 2003.

Institut zdravotní politiky a ekonomiky, *Hodnocení politiky a infrastruktury podpory zdraví v České republice* (Evaluation de la politique et de l'infrastructure de promotion sanitaire en République tchèque), Institut zdravotní politiky a ekonomiky (Institut de politique sanitaire et d'économie), Prague, 2004.

Lejčková, P., Nešpor, K., Králíková, E., Sovinová, H., Kubů, P. et Csémy, L., « Legální drogy v České republice – Od užívání alkoholu a tabáku k možnostem prevence a léčby » (Les drogues licites en République tchèque – De l'usage d'alcool et de tabac aux possibilités de prévention et de traitement), *Zaostřeno na drogy 1* (Drogues 1), 2005, pp. 1-12.

Meziresortní protidrogová komise, « Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004. Schválená vládou České republiky, usnesením č. 1045 ze dne 23. října 2000 (Stratégie nationale en matière de drogues pour 2001-2004, approuvée par le Gouvernement de la République tchèque par la Résolution n° 1045 du 23 octobre 2000), Prague, 2000.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, ZDRAVÍ 21 : Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. (Santé 21 : programme à long terme d'amélioration de l'état de santé de la population de la République tchèque – La santé pour tous au XXI^e siècle), Ministerstvo zdravotnictví ČR. Program schválen usnesením vlády ČR č. 1046/2002 (programme approuvé par la Résolution gouvernementale n° 1046 de 2002), Prague, 2002.

Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V. et Vopravil, J., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005* (Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en République tchèque en 2005), Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Office du Gouvernement de la République tchèque. Centre national de suivi des drogues et de la toxicomanie), Prague, 2006 (http://www.drogy-info.cz/index.php/english/publications/czech_annual_report_on_the_2005_drug_situation).

Nešpor, K. et Csémy, L., « Evropský akční plán o alkoholu v České republice – žádný podstatný pokrok. Notes : Zpráva pro tisk » (Plan d'action européen en matière d'alcool en République tchèque – pas de progrès significatif. Rapport pour la presse), 2004.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, « Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2006 » (Plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de drogues pour 2005-2006), Úřad vlády ČR. (Office du Gouvernement de la République tchèque), Prague, 2005*a*.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, « Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007-2009 » (Plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de drogues pour 2007-2009), non publié, 2007*a*.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, « Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009 » (Stratégie nationale en matière de drogues pour 2005-2009), Úřad vlády ČR. (Office du Gouvernement de la République tchèque), Prague 2005*b*.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, « Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2006 » (Rapport d'évaluation sur le plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de drogues pour 2005-2006), non publié, 2007*b*.

4. Historique des mesures et stratégies de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Estonie

*Kaire Vals, Institut national pour le développement de la santé,
Observatoire des drogues, Estonie*

4.1. Avant 1991

L'Estonie – aujourd'hui Etat-nation indépendant – a une longue et intéressante histoire qui a commencé il y a environ dix millénaires, en même temps que le peuplement de cette contrée. Entre ces deux époques, le pays a connu une longue période d'indépendance jusqu'au XII^e siècle, l'occupation des Allemands, des Danois, des Suédois et des Russes entre les XII^e et XIX^e siècles, un retour à l'indépendance au début du XX^e siècle (de 1918 à 1940), puis cinquante longues années d'occupation par l'Union soviétique, de 1940 à 1991. La fin du XX^e siècle a apporté avec elle l'occasion de rétablir la république indépendante d'Estonie.

Différents alcools ont été consommés dans ce pays au fil des temps. Contrairement aux pays du Sud, où le vin a toujours été parmi les boissons alcoolisées les plus recherchées, l'Estonie a eu pendant des siècles la bière pour boisson principale. La vodka n'y est devenue populaire que plus tard, aux XVII^e et XVIII^e siècles⁷. Comme l'histoire nationale, la législation de l'Estonie a toujours été très fluctuante et influencée par différents régimes politiques. Le souci de la santé publique est né de deux facteurs de risque : l'alcoolisme aux XIX^e et XX^e siècles, puis l'usage de drogues illicites à la fin du XX^e et au début du XXI^e siècle.

4.1.1. Législation de la République d'Estonie entre 1918 et 1940

Au début du XX^e siècle, les problèmes d'alcoolisme étaient réglés essentiellement par une restriction à la vente. En 1918, la production

7. <http://virumaateataja.ee/200405/esileht/15023848.php>.

et la vente d'alcool illicite étaient sévèrement réprimées, puisqu'elles exposaient les contrevenants à des peines de prison de trois à cinq ans, à la confiscation du produit ou à l'imposition de lourdes amendes. En 1920, la vente de vodka fut déclarée monopole d'Etat et encadrée par le système des chèques enregistrés.

En 1926, le système des chèques a été aboli et en 1927 les autorités locales se sont vu octroyer le droit de décider où et quand la vente d'alcool était permise, en même temps que celui d'organiser des référendums auprès de leurs administrés.

La première loi sur l'alcool, adoptée en 1924, a été complétée l'année suivante. En outre, les droits des pouvoirs locaux ont été supprimés, et l'Etat est devenu seul compétent en la matière. Comme la consommation d'alcool augmentait, l'Etat a limité en 1937 le nombre de licences de vente d'alcool, et en 1939 il a réduit les horaires d'ouverture des débits de boisson, de même que le nombre de ces derniers.

4.1.2. Législation de l'Estonie occupée (1940-1991)

En 1940, l'Union soviétique a occupé la République d'Estonie, où sa législation est entrée en vigueur. La politique soviétique en matière d'alcool et d'alcoolisme reposait sur le Code pénal et le traitement forcé.

Le Code pénal de la République soviétique d'Estonie a été adopté en 1961. Il disposait que les alcooliques et les toxicomanes devaient tous recevoir un traitement médical et un traitement par le travail, qu'ils le veuillent ou non. Il prévoyait également différentes peines pour la possession, la production ou la vente d'alcool et de drogues illicites, et pour l'incitation d'adolescents à consommer de l'alcool ou des drogues.

En 1970, plusieurs lois ont été adoptées pour promouvoir à titre forcé le traitement médical et le traitement par le travail des alcooliques et des toxicomanes. En outre, l'Etat a institué l'enregistrement des alcooliques et des toxicomanes.

En dépit de toutes les mesures prises pour lutter contre les différentes addictions, l'alcoolisme, en particulier, s'est accru rapidement pendant les années 1980, ce qui devait aboutir à l'adoption de mesures plus radicales en 1985. Ainsi, l'abstinence fut déclarée comme étant le seul mode de vie correct, la vente et la production de boissons alcooliques furent soumises à des restrictions, et des peines nouvelles furent adoptées pour la vente d'alcool aux personnes de moins de 21 ans. Ces

peines étaient particulièrement sévères puisque le fait d'inciter des personnes de moins de 21 ans à boire était passible de cinq ans d'emprisonnement, et le non-respect des règles concernant la vente d'alcool pouvait coûter trois à cinq ans de prison.

Jusqu'en 1988, il n'existait pas de loi traitant spécifiquement de la toxicomanie, mais cette année-là une liste de stupéfiants et de substances psychotropes fut adoptée, et des règles fondamentales concernant la stratégie de traitement des toxicomanes furent publiées.

4.2. Depuis 1991

4.2.1. Législation de la République indépendante d'Estonie depuis 1991

L'Estonie a retrouvé son indépendance en 1991. Depuis lors, une nouvelle législation y a été élaborée suivant les principes de l'Union européenne. L'un des premiers textes adoptés a été le Code pénal, et le principal changement enregistré dans le domaine de l'addiction a été l'abrogation du traitement forcé. D'autre part, les peines relatives aux drogues illicites ont été définies de manière beaucoup plus stricte et beaucoup plus précise.

Ayant pu constater le peu d'efficacité des restrictions et du traitement forcé, l'Estonie récemment libérée a décidé de s'orienter dans une autre direction. Avec la loi de 1997 relative à la taxe sur l'alcool, on s'est efforcé de réduire la consommation en relevant les prix de vente au moyen de la taxe en question, et avec la loi de 2003 sur la publicité, toute publicité en faveur des boissons alcoolisées, des drogues et du tabac a été interdite dans les médias.

L'usage de drogues illicites s'est rapidement accru dans le pays à partir du second semestre de 1990. Aussi a-t-on adopté en 1997 la première loi estonienne ayant jamais traité des stupéfiants et substances psychotropes. Cette loi régissant tout ce qui touche aux drogues licites et illicites a conduit à dresser une liste des stupéfiants, à créer un système de contrôle du maniement des drogues, à prendre des mesures pour prévenir l'usage de drogues illicites ainsi qu'à organiser le traitement et la réadaptation des toxicomanes. Depuis lors, elle a été amendée à deux reprises : en 2005 et en 2006. Au surplus, on a établi une base de données nationale sur le traitement de la toxicomanie, et l'on a tenu compte de toutes les directives pertinentes de l'Union européenne. En

2000, l'Estonie a adhéré à la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

La loi estonienne sur l'alcool a été adoptée en 2001. Alors que d'autres lois existaient déjà dans ce domaine, celle-ci leur a apporté plusieurs précisions ; ainsi a-t-il été établi, d'une part, un registre des spiritueux, d'autre part des conditions de vente et de production. Chose importante pour la santé publique, cette loi interdit l'usage d'alcool avant l'âge de 18 ans.

La loi pénale estonienne, adoptée la même année, réprime beaucoup plus sévèrement toutes les infractions relatives aux drogues, puisque le fait de posséder ou de vendre des drogues peut aujourd'hui valoir une peine de quinze ans de prison et que l'incitation d'adolescents à consommer des drogues est passible d'une peine d'emprisonnement à vie. De même, plusieurs infractions relatives à l'alcool peuvent aboutir à des peines d'emprisonnement.

La dernière loi estonienne en date qui ait trait à l'addiction est la loi sur le tabac, adoptée en 2005. Elle régit les restrictions en matière de production, de vente et de parrainage des produits du tabac, et impose des conditions aux fabricants de cigarettes, notamment pour ce qui est de l'emballage. Son importance du point de vue de la santé publique réside dans l'interdiction complète de vendre du tabac aux moins de 18 ans et celle de fumer en dessous de cet âge, de même que l'interdiction générale de fumer dans les lieux publics.

4.2.2. Programmes et stratégies de prévention de l'alcoolisme et de l'usage des drogues illicites en Estonie depuis 1991

En Estonie, la prévention de l'alcoolisme est à l'ordre du jour depuis la fin du XIX^e siècle, et les sociétés de tempérance y ont joué un rôle très important à cet égard⁸. Aujourd'hui la vigilance vis-à-vis de l'abus d'alcool se rencontre aussi dans les sphères du pouvoir. Depuis 1997, le Gouvernement estonien a établi, en coopération avec certaines organisations, plusieurs programmes visant à prévenir l'alcoolisme et l'abus de drogues. C'est en 1997 qu'a été adopté le premier Programme de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il reposait sur la convention des Nations Unies et avait pour principal objet de réduire les dommages causés par l'alcoolisme et l'usage de drogues illicites. En même temps, le gouvernement a adopté les Principes de prévention de la toxicomanie et de réduction de ses dommages pour les

8. http://www.ave.ee/mis.php?page_id=7.

années 1997 à 2007, dans lesquels sont annoncées des actions visant à atteindre directement les objectifs visés.

Etant donné l'évolution de la société et l'intensification des problèmes posés par la drogue, il est devenu nécessaire de mettre l'accent sur la prévention de la toxicomanie. En 2004, le gouvernement a adopté – dans la perspective de 2012 – une nouvelle Stratégie sur la prévention de la toxicomanie qui est entièrement conforme à l'acquis de l'Union européenne en la matière. Cette stratégie est entrée en vigueur en 2005, invalidant du même coup le programme de prévention antérieur. Elle envisage six problématiques principales à étudier et à régler d'ici à 2012 : prévention, réduction des dommages, réduction de la demande, traitement et réadaptation des toxicomanes, usage de drogues en prison, surveillance de la toxicomanie.

Outre la Stratégie nationale de prévention de la toxicomanie, il existe en Estonie des programmes et stratégies de prévention du sida visant à prévenir aussi les addictions. Le premier a été adopté en 1992, le deuxième en 1997. En 2002 a été adoptée la Stratégie nationale de prévention du sida. Tous ces programmes prévoyaient des actions contre l'addiction aux drogues illicites. De même, presque toutes les collectivités locales appliquent leurs propres programmes de prévention de la toxicomanie pour contribuer à résoudre les problèmes que cette dernière pose sur place.

A l'heure actuelle, il n'existe pas en Estonie de programme de prévention de l'usage du tabac, et depuis l'adoption de la Stratégie nationale de prévention de la toxicomanie il n'y existe pas non plus de programme de prévention de l'alcoolisme. L'Estonie dispose à présent d'un solide arsenal législatif pour réduire la prévalence de la toxicomanie et de l'alcoolisme, et elle peut compter sur un budget très important pour développer un système de traitement et de réadaptation approprié, ainsi que des programmes de prévention efficaces. Le temps seul permettra de dire si elle a été en mesure d'utiliser cet arsenal comme il convient.

Bibliographie

« Alkoholiseadus », *Riigi Teataja*, 54, 1934, pp. 983-984 ; 16, 1935, pp. 358-366.

« Alkoholiseadus », *Riigi Teataja*, I, 3, 2002, p. 7 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=27570&replstring=33> ; <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12804876>) (consultés le 17 octobre 2007).

« Alkohoolismi ja narkomaania ennetamise programm aastateks 1997-2007 » (<http://www.tai.ee/?id=3910>) (consulté le 25 octobre 2007).

« Alkoholi-, tubaka- ja kütuseaktsiisi seadus », *Riigi Teataja*, I, 2, 2003, p. 17 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=234992>; <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=234992>; <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=234992>; <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1042886>) (consultés le 17 octobre 2007).

« Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi Kriminaalkodeks », *ENSV Ülemnõukogu Teataja*, 1, art. 3, 1961, lisa.

« Eesti NSV Parandusliku töö kodeks », *ENSV Teataja*, 33, art. 285, 1970, lisa.

« HIV/AIDS ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riiklik arengukava aastani 2001 » (<http://www.tai.ee/?id=4097>) (consulté le 25 octobre 2007).

« HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002–2006 », *Riigi Teataja*, 13, 2002, p. 173 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=163334>) (consulté le 25 octobre 2007).

« Karistusseadustik », *Riigi Teataja*, I, 61, 2001, p. 364 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=73045>; <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12851240>) (consultés le 17 octobre 2007).

« Kriminaalkodeks », *Riigi Teataja*, I, 20, 1992, p. 287 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=30603>) (consulté le 15 octobre 2007).

« Määrus Joomarlusest ja alkoholismist jagusaamise ning puskariajamise likvideerimise abinõude kohta », *ENSV Teataja*, 17, art. 292, 1985.

« Narkomaania ennetamise ning narkokuritegevuse tõkestamise poliitika (uimastipoliitika) põhimõtted aastateks 1997-2007 » (<http://www.tai.ee/?id=3911>) (consulté le 25 octobre 2007).

« Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 » (<http://eusk.tai.ee/failid/strateegia2.doc>; <http://www.tai.ee/?id=1272>) (consultés le 25 octobre 2007).

« Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ebaseadusliku ringluse vastase ÜRO konventsiooniga ühines Eesti alles 2000 aasta mais », *Riigi Teataja*, II, 15, 2000, p. 92 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=26388>) (consulté le 17 octobre 2007).

« Narkootiliste ja psühhotropsete ainete ning nende lähteainete seaduse muudatuse seadus », *Riigi Teataja*, I, 32, 2006, p. 247 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1044402>) (consulté le 18 octobre 2007).

« Narkootiliste ja psühhotropsete ainete seadus », *Riigi Teataja*, I, 52, 1997, p. 834 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=73726&replstring=33>) (consulté le 15 octobre 2007).

« Narkootiliste ja psühhotropsete ainete seaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seadus », *Riigi Teataja*, I, 24, 2005, p. 180 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=895473>) (consulté le 18 octobre 2007).

« Piirituse ja alkoholsete jookide müügi seadus », *Riigi Teataja*, 50, 1927, pp. 681-685.

« Reklaamiseadus », *Riigi Teataja*, I, 52, 1997, p. 835 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=887049>) (consulté le 17 octobre 2007).

« Riiklik HIV/AIDSi ennetamise strateegia aasteks 2006-2015 » (http://www.tai.ee/failid/HIV_ja_AIDSi_strateegia_01.12.2005..doc) (consulté le 25 octobre 2007).

Saarma, J., *Narkoloogia*, Valgus, Tallinn, 1989.

« Seadus avalike joogikohtade lahtiolekuaja, joogikohtade üldarvu vähendamise kohta », *Riigi Teataja*, 1, 1939, pp. 1-2.

« Seadus piirituse ja alkoholsete jookide tootmise ning müügi kohta Eesti Wabariigis », *Riigi Teataja*, 65/66, 1920, pp. 513-514.

Silvet, E., *100 Aastat karskusliikumist Eestis 1889-1989*, Eesti Raamat, Tallinn, 1989.

Sütt, I., *Karskus elu normiks*, Eesti Raamat, Tallinn, 1986.

« Tubakaseadus », *Riigi Teataja*, I, 29, 2005, p. 210 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=903024>; <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12778255>) (consultés le 18 octobre 2007).

Väre, H., *Alkoholismi ravi meetotid ja organisatsioon*, Tartu, 1979.

5. Genèse, en France, d'une politique publique des drogues incluant les substances à la fois licites et illicites

Dominique Vuillaume, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), pôle « Recherche », Paris

5.1. La MILDT

La France s'est dotée, dès le début des années 1980, d'une structure centrale de coordination de l'action des pouvoirs publics en matière de lutte contre l'usage et le trafic des drogues illicites (héroïne, cocaïne, drogues de synthèse...): la Mission permanente de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont l'appellation actuelle est Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

La mise en place de cette structure de coordination s'inscrit dans la tradition française d'un Etat centralisé. Elle a été présentée à l'époque comme une réponse politique aux inquiétudes suscitées dans différents secteurs de la population française par l'augmentation sensible de la consommation d'héroïne en France tout au long des années 1970, couplée à l'accroissement de la visibilité sociale de cette consommation. En effet, l'usage d'héroïne injecté s'est pour ainsi dire « démocratisé » durant cette période et a commencé à toucher des milieux sociaux défavorisés. C'est alors que le phénomène du « deal de rue » s'est développé avec toutes les nuisances visibles associées à ce deal (délinquance liée à l'achat des produits, troubles à l'ordre public...).

Jusqu'au milieu des années 1990, la structure de coordination mise en place a souffert d'une instabilité chronique résultant de réorganisations successives, de rattachements fluctuants (tantôt au ministère de la Santé, tantôt au ministère de la Justice) et surtout d'une succession rapide de ses responsables. De ce fait, elle n'a pas réellement joué le rôle d'animation et de coordination de l'action publique que l'on attendait d'elle. C'est pourquoi la réalité de la politique publique a continué à être impulsée dans cette période, d'un côté par les ministères répressifs (Justice et Intérieur) pour ce qui concerne la lutte contre l'usage

et le trafic des stupéfiants, et de l'autre par le ministère de la Santé pour l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux (prévention, prises en charge, réinsertion).

La progression extrêmement rapide de l'épidémie de sida parmi la population d'usagers d'opiacés injectables entre 1985 et le début des années 1990 a bouleversé cette configuration en France comme ailleurs. Ce phénomène a relégué au second plan les objectifs d'ordre et de sécurité publics promus par les ministères de l'Intérieur et de la Justice (réprimer le délit d'usage de stupéfiants et combattre la récidive en promouvant l'abstinence par le sevrage) au profit d'une logique sanitaire de réduction des risques (contenir une épidémie mortelle susceptible de s'étendre à l'ensemble de la population). Dans ce nouveau contexte, le Gouvernement français a décidé en 1995, et dans une certaine urgence, de mettre en place à une large échelle les traitements de substitution aux opiacés quasi inexistantes jusqu'alors. Il confie cette tâche au ministère de la Santé mais avec l'appui actif de la MILDT. Afin de donner à cette dernière un positionnement institutionnel qui la place au-dessus des ministères concernés (Santé, Justice et Intérieur) et lui donne une vraie légitimité, un décret de 1996 la rattache définitivement au Premier ministre.

A partir de ce rattachement au Premier ministre, la MILDT commence à jouer un rôle réel dans la coordination de l'action publique en matière de drogues même si les principaux aspects de la nouvelle politique de réduction des risques sont logiquement placés sous la responsabilité directe du ministère de la Santé. Mais il faut attendre encore trois ans (1999) pour que le champ de compétence de la MILDT soit effectivement étendu aux drogues licites, c'est-à-dire à l'alcool, au tabac et aux mésusages de médicaments psychotropes et de produits dopants (décret du 15 septembre 1999) et qu'une véritable politique intégrée de prévention des dépendances puisse être élaborée et mise en œuvre dans ce nouveau cadre.

5.2. Un changement d'attitude

Quels sont les facteurs qui ont rendu possible en France, à ce moment-là, cette inclusion des psychotropes licites dans le champ de la politique des drogues ? Il faut évoquer, en premier lieu, l'avancée rapide des connaissances dans le domaine de la neurobiologie des addictions à partir du milieu des années 1980. Ces avancées montrent que dans toutes les addictions, qu'il s'agisse d'alcool, d'héroïne, de tabac ou de cannabis, on peut repérer des mécanismes moléculaires communs qui

mettent en jeu les mêmes circuits de la récompense et du plaisir. Il se trouve que les équipes françaises en neurosciences sont très actives dans cette direction de recherche et qu'elles ont su populariser ces données nouvelles auprès des responsables politiques et du grand public. De ce fait, l'idée que les voies de traitement des différentes addictions pourraient avoir un support pharmacologique partiellement commun a commencé à faire son chemin.

5.2.1. Le rapport Roques

Il faut citer ensuite les conséquences d'un rapport d'experts qui a connu un très grand retentissement en France et dans les pays de l'espace francophone : le rapport Roques⁹. Ce rapport avait été commandé en 1997 par le ministre de la Santé de l'époque, Bernard Kouchner, au professeur Bernard Roques, spécialiste de réputation internationale en neuropharmacologie. Les conclusions de ce rapport ont été rendues publiques en janvier 1999 et ont fait l'effet d'une véritable bombe dans les milieux concernés. D'une part ce rapport mettait en exergue le fait que les psychotropes licites présentent toutes les caractéristiques qui définissent une drogue : modification de l'état de conscience, activation des circuits cérébraux de la récompense, potentiel addictif important et souvent sous-estimé, modifications partiellement non réversibles du fonctionnement cérébral chez les consommateurs abusifs ou dépendants. D'autre part, le rapport montrait clairement que l'usage abusif de certaines drogues licites, en particulier l'alcool, se révélait beaucoup plus dangereux (non seulement pour la santé mais aussi en termes de dommages économiques et sociaux) que la consommation de certaines drogues illicites comme le cannabis.

En d'autres termes, le rapport mettait le doigt sur une des incohérences de notre législation des drogues, à savoir que les drogues illicites ne sont pas automatiquement plus dangereuses pour les individus et la société que les psychotropes licites, et qu'à partir de là il est assez illogique de réprimer sévèrement l'usage des premières tout en tolérant de façon très libérale la consommation abusive des seconds. Bien qu'elles aient donné lieu à une violente polémique, ces conclusions ont largement influencé la réflexion des responsables politiques français. D'abord elles ont dévoilé la part de croyances et d'idéologies dans le socle législatif de la politique des drogues. Ensuite, elles ont ouvert de nouvelles perspectives dans la façon de penser globalement le

9. Roques, B., *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la Santé*, Editions Odile Jacob/La Documentation française, Paris, 1999.

problème des drogues par référence à la notion de risque plutôt que par référence à celles de la loi et de l'interdit.

5.5.2. Une optique plus large

Au même moment, un troisième facteur a également joué un rôle important dans ce changement radical d'optique : la mise en place d'un dispositif pérenne d'enquêtes épidémiologiques en population générale. Jusqu'au début des années 1990 en effet, les connaissances épidémiologiques sur la fréquence de consommation des différentes drogues ont fait totalement défaut en France. Il n'existe alors que des enquêtes ponctuelles et partielles souvent conduites avec des méthodologies peu solides. La mise en place en 1994-1995 d'un Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en lien à la même époque avec la création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies de Lisbonne change la donne. Les premières enquêtes de l'OFDT mettent immédiatement en évidence deux choses : l'ampleur et l'omniprésence dans la vie quotidienne de la consommation des drogues « légales » qui se chiffre en millions d'utilisateurs (14 millions de consommateurs réguliers d'alcool, 13 millions pour le tabac en 2002) par rapport à celle des drogues illicites qui concernent de fait un nombre beaucoup plus restreint de personnes (1,7 million d'utilisateurs réguliers de cannabis, environ 200 000 pour l'héroïne) ; la fréquence chez les adolescents et les jeunes adultes des polyconsommations associant le cannabis à l'alcool et au tabac qui oblige à remettre en question la séparation traditionnelle entre les politiques publiques visant les drogues illicites et celles relatives à l'alcool et au tabac.

Enfin, deux derniers facteurs ont également exercé une influence non négligeable dans l'émergence d'une approche intégrée de la politique des drogues : d'abord, une meilleure évaluation par les pouvoirs publics de l'ampleur des dommages sociaux liés à la consommation d'alcool, que ce soit en termes d'accidentologie (accidents de la route, du travail, accidents domestiques) ou de délinquance, appelant à un rééquilibrage de l'action publique par rapport aux moyens dévolus à la lutte contre la délinquance liée aux stupéfiants ; ensuite, le souhait exprimé par les différents professionnels de santé au contact avec les utilisateurs dépendants (alcoolologues, tabacologues, spécialistes des opiacés...) de sortir de leur isolement et d'échanger sur leurs pratiques cliniques en raison du nombre croissant de personnes en situation de polyaddictions venant les consulter.

En résumé, c'est la conjonction de facteurs relativement disparates et contingents qui ont permis en France, en se cristallisant à la fin des

années 1990, un changement de problématique de la politique des drogues. Traditionnellement fondée sur le statut légal des produits et sur les notions de prohibition et d'interdit, celle-ci s'est davantage appuyée ensuite sur les concepts de comportement addictif et de risques associés à ces comportements, quels que soient les produits consommés et leur statut légal.

Restait toutefois à franchir un obstacle important et qui n'avait rien d'une formalité : faire admettre dans un pays de très forte tradition vinicole l'idée que l'alcool est une drogue dangereuse au même titre que les drogues illicites et qu'à partir de là, l'action publique se devait d'inclure l'ensemble des boissons alcoolisées dans le champ de la politique des drogues. Plutôt que d'affronter directement les représentants de la filière vinicole et leurs très nombreux et puissants soutiens au parlement et au gouvernement (en particulier au ministère de l'Agriculture), les conseillers du Premier ministre, de la MILDT et du ministère de la Santé ont astucieusement trouvé une formulation juridique indirecte qui n'assimile pas ouvertement l'alcool à une drogue. En effet, dans le fameux décret du 15 septembre 1999 qui élargit le champ d'action de la MILDT à l'ensemble des drogues licites, il est simplement énoncé que la MILDT est compétente « pour l'ensemble des addictions dangereuses pour la santé et la sécurité publique ». A aucun moment dans ce texte, les différentes drogues licites ne sont directement nommées, permettant ainsi aux diverses professions de la filière vinicole de sauver la face.

5.3. L'approche intégrée

C'est avec l'élaboration et la mise en œuvre du Plan gouvernemental triennal 1999-2001 que les pouvoirs publics français inaugurent la nouvelle approche « intégrée » de la politique des drogues. Ce plan marque incontestablement une rupture avec les approches précédentes. Il privilégie en effet celle des comportements de consommation (dite approche globale) en partant du principe que l'addiction est davantage un dérèglement du comportement plutôt qu'une conséquence mécanique des propriétés pharmacologiques des produits. Il a promu de ce fait un décloisonnement du système de prise en charge éclaté jusqu'alors entre des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), spécialisés dans la prise en charge des usagers de drogues illicites, et les Centre d'hygiène alimentaire (CHA), spécialisés dans la prise en charge des personnes alcoolodépendantes. Cette évolution a été confirmée par la loi de santé publique de 2002 qui instaure des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention des

addictions (CSAPA) fédérant les anciennes structures et devant offrir, à terme, un spectre de prise en charge couvrant l'ensemble des addictions aux drogues.

L'actuel plan gouvernemental (2004-2008) qui va s'achever au début de l'année prochaine n'a pas fondamentalement remis en cause la problématique du plan précédent, même s'il insiste sur la nécessité de tenir compte de la spécificité des produits dans certaines situations de prise en charge (par exemple les problèmes particuliers posés par les usagers de crack) ou dans certaines situations de prévention (par exemple les messages spécifiques pour prévenir l'extension de la consommation de cannabis chez les adolescents, compte tenu de la popularité particulière de cette drogue dans cette tranche d'âge).

Pour l'avenir, des retours en arrière sont toujours possibles au gré des changements de majorités politiques mais il restent, malgré tout, peu probables dans la mesure où les acteurs de terrain de la politique des drogues (associations, professionnels de santé, experts administratifs...) se sont maintenant appropriés le changement de paradigme et le considère comme un nouvel élément fondamental de leur culture professionnelle.

6. Vers une politique sur les substances psychoactives : le cas de l'Allemagne

*Ingo Kipke, Tim Pfeiffer-Gerschel, Krystallia Karachaliou
et Ludwig Kraus, Institut für Therapieforschung (IFT), Allemagne*

6.1. Le contexte allemand

L'Allemagne, située géographiquement au centre de l'Europe, a une frontière d'une longueur totale de 3757 kilomètres bordée par le Danemark, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, la France, la Suisse, l'Autriche, la République tchèque et la Pologne. Elle est l'un des membres fondateurs de l'UE et le pays le plus peuplé de l'Union, avec une population de 82 351 000 habitants, dont moins de 10% sont des étrangers (7 289 000). Le système politique et administratif est très fédéraliste ; 16 Bundesländer représentent les divisions régionales (Statistisches Bundesamt, 2007).

Le Gouvernement fédéral et les Länder se partagent la responsabilité de la politique en matière de drogues et toxicomanies. Selon la Loi fondamentale, le parlement fédéral a une compétence législative en matière de loi sur les stupéfiants, loi pénale et loi sociale. Sur cette base, il a défini un cadre juridique pour sa politique en matière de drogues et a formulé des normes spécifiques. Toutefois, l'application des lois fédérales incombe principalement aux Länder. Les Länder ont également leur propre compétence législative dans des domaines qui sont importants pour la politique en matière de drogues et toxicomanies, notamment les systèmes scolaire, sanitaire et éducatif. L'application de la politique en matière de drogues et toxicomanies – en particulier en ce qui concerne le système thérapeutique – incombe principalement aux Länder et communes qui peuvent très bien établir des priorités différentes dans le cadre des règles juridiques données et des objectifs communs.

Plusieurs compétences en ce qui concerne les conseils, les soins et les mesures de prévention générales relèvent de la responsabilité conjointe des Länder et des communes. En conséquence, toute tentative d'améliorer l'intégration, par exemple entre les systèmes de protection des

jeunes et d'aide aux toxicomanes, doit suivre le principe de subsidiarité. De ce fait, cela tend à rendre plus difficiles l'échange d'informations suprarégional et l'étude de la situation globale (Pfeiffer-Gerschel *et al.*, 2007).

6.2. Données empiriques sur l'usage de drogues

6.2.1. Alcool et tabac

D'un point de vue épidémiologique, la consommation de substances psychotropes licites, à savoir le tabac et l'alcool, représente le plus grand danger évitable pour la santé publique (Batra *et al.*, 2003). Ezzati *et al.* (2002) ont estimé que 59 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) sont perdues dans le monde à cause du tabac (représentant 4,1 % de toutes les DALY) et 28 millions de DALY à cause de l'alcool (4 %).

L'alcoolisme en tant que problème mondial est bien connu depuis le milieu du XIX^e siècle (Aßfalg, 2007). En Allemagne, si l'analyse des tendances actuelles chez les 18-64 ans a révélé que les quantités d'alcool consommé par type de boisson étaient restées stables au cours des dix dernières années (sur la base des trente derniers jours) tout comme la prévalence d'abus d'alcool (3,8 %) et de dépendance à l'alcool (2,4 %), la prévalence d'ivresse ponctuelle signalée au cours des trente derniers jours parmi les 18-24 ans a augmenté de façon significative, de 33 % en 1995 à 45,4 % en 2006 (Pabst et Kraus, 2008).

La prévalence du tabagisme au cours des trente derniers jours chez les 18-24 ans a baissé, passant de 57,4 % en 1980 à 39,4 % en 2006. De même, la prévalence de grands fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) chez les 18-59 ans a nettement baissé entre 1995 (14,7 %) et 2006 (9,6 %) (Baumeister *et al.*, 2008).

6.2.2. Drogues illicites

A la fin des années 1960, en Allemagne, comme dans d'autres pays européens, la consommation de drogues illicites, comme le cannabis ou le LSD, a commencé à augmenter et à jouer un rôle plus important. Certes, les opiacés et la cocaïne étaient déjà utilisés dans des groupes spécifiques, mais ce n'était pas très répandu à cette époque. Après une première augmentation, la consommation de cannabis a été plutôt stable durant la décennie entre le milieu des années 1970 et le milieu des années 1980 (Briesen, 2005). Toutefois, les taux de

prévalence ont augmenté considérablement entre 1986 (prévalence vie entière chez les 18-24 ans : 13,3 %) et 2003 (43,6 %) (Kraus *et al.*, 2008). Aujourd'hui, la consommation de cannabis est répandue dans le monde et dans des groupes sociaux assez différents (prévalence vie entière chez les 18-64 ans : 23 %). Contrairement à la consommation de cannabis, celle de LSD a chuté considérablement après les années 1970, représentant uniquement un problème mineur jusqu'au milieu des années 1980, et aujourd'hui les taux de prévalence sont extrêmement bas (Briesen, 2005).

La consommation d'héroïne a commencé à se répandre en Allemagne dès les années 1970. Actuellement, cette consommation se concentre principalement dans les zones métropolitaines ; les taux de prévalence et les saisies dans les zones rurales sont nettement inférieurs. Les estimations sur la prévalence de consommation problématique d'opiacés en Allemagne pour 2000 variaient en fonction de la source de sélection des données : de 166 000-198 000 (donnés thérapeutiques) et 153 000-190 000 (données de la police) à 127 000-169 000 (données de mortalités) toxicomanes (Kraus *et al.*, 2003). Jusqu'en 2006, les estimations de prévalence basées sur les sources susmentionnées ont légèrement baissé (Pfeiffer-Gerschel *et al.*, 2007).

Même si le nombre total de consommateurs d'héroïne en Allemagne a toujours été très inférieur par exemple à celui des consommateurs de cannabis, le nombre de problèmes sociaux et sanitaires a nettement augmenté avec la hausse de la consommation d'héroïne. L'augmentation des décès liés aux drogués (DRD) jusqu'en 1991 ainsi que la nette augmentation de la criminalité liée aux drogues ont mis en évidence cette tendance négative. Entre 1980 et 1987, moins de 500 DRD ont été signalés par an. Dans les années 1990, le nombre de DRD fluctuait autour de 2 000 par an avec un pic en 1991, lorsque 2 125 décès liés aux drogues ont été signalés. Au cours de ce siècle, le nombre a baissé ; selon les données récentes de 2006, 1 296 DRD ont été signalés (Bundeskriminalamt, 2007).

La consommation de cocaïne est devenue beaucoup plus évidente vers 1980, avec des chiffres très bas au début (prévalence vie entière chez les 18-24 ans : 0,6 %). Depuis, elle n'a cessé d'augmenter jusqu'en 1990 (prévalence vie entière parmi les 18-24 ans : 5,1 %) et elle est restée stable jusqu'en 2006 (prévalence vie entière parmi les 18-24 ans : 4,4 %) (Kraus *et al.*, 2008).

Si les amphétamines étaient déjà présentes dans la consommation de drogues en Allemagne dans les années 1980, la MDMA et autres substances connexes sont devenues plus populaires à la fin des années

1980, avec un pic en 1985 (prévalence vie entière de 18-24 ans : 6,2 %). Entre 1997 et 2006, la prévalence vie entière était assez stable (environ 5,5 %) (Kraus *et al.*, 2008). Contrairement à l'héroïne et la cocaïne, l'ecstasy est consommée dans tout le pays et il semble n'y avoir qu'une légère différence entre les taux de prévalence des zones urbaines et rurales. Les différences de prévalence de consommation d'ecstasy entre l'Allemagne de l'Est et de l'Ouest sont plus faibles par rapport à d'autres drogues.

6.3. L'élaboration d'une politique allemande en matière de drogues

La loi sur l'opium a été introduite en 1920 et a mis la réglementation allemande en conformité avec la Convention internationale de l'opium de 1912. En 1972, la loi sur l'opium a été remplacée par la loi sur les stupéfiants. Cette dernière est révisée en permanence afin de l'adapter aux besoins réels. Le 23 janvier 2008, la loi sur les stupéfiants a connu sa vingt et unième mise à jour depuis son introduction.

En automne 1998, le Bureau du Commissaire fédéral sur les drogues est passé du ministère fédéral de l'Intérieur (BMI) au ministère fédéral de la Santé (BMG). Cette mesure politique a révélé que dans la politique nationale en matière de drogues, les aspects sanitaires et sociaux sont devenus plus importants qu'auparavant. En général, la politique en matière de drogues suit le principe de « l'aide avant l'application de la loi ». En 2003, dans l'accord de coalition du gouvernement fédéral (l'accord a été confirmé après la nouvelle Constitution en 2005), l'éducation, la prévention, l'aide aux toxicomanes et l'application de la loi ont été explicitement désignés comme les quatre grands piliers de la politique en matière de drogues. Les niveaux fédéral, régional (Länder) et municipal, ainsi que les différentes institutions et les ministères concernés se partagent la responsabilité de mettre en œuvre ces éléments de la politique allemande en matière de drogues.

La prévention est désignée comme élément central de la politique nationale en matière de drogues : les mesures de prévention doivent se concentrer sur la consommation de substances psychotropes, et la consommation d'alcool et de tabac suscite de plus en plus d'intérêt. La « promotion de la santé » et le « renforcement des aptitudes utiles à la vie » sont des notions placées au premier plan. Un autre objectif du gouvernement fédéral est de soutenir le traitement de la toxicomanie qui est tourné vers l'efficacité et la qualité. En fonction de leur état psychologique, physique et social, les toxicomanes doivent bénéficier

d'une aide individualisée dont l'accès est facilité par un système d'aide différencié. Selon un principe général, tous les types d'intervention et de thérapies devraient avoir pour objectif final l'abstinence de substances toxicomanogènes pour le patient (au moins dans une perspective à long terme). Dans ce contexte, des services à bas seuil visant à la survie et à la réduction des dommages sont aussi importants que des établissements de conseils, un traitement en ambulatoire, une désintoxication, un traitement de substitution ou un traitement spécialisé avec hospitalisation.

6.3.1. Le Conseil national des drogues et toxicomanies

Le Conseil national des drogues et toxicomanies (Drogen- und Suchtrat) s'est réuni pour la première fois en octobre 2004. Il remplace la Commission des drogues et toxicomanies (Drogen- und Suchtkommission) opérationnelle entre 1999 et 2004. Le Conseil national des drogues et toxicomanies est composé de représentants du gouvernement respectif et des départements des Länder, ainsi que des organisations de financement, associations et recherche et groupes d'entraide. Il a pour fonction de prodiguer des conseils professionnels et d'aider le Commissaire fédéral aux drogues. Ses votes sont consultatifs.

L'une des dernières missions de la Commission des drogues et toxicomanies a été d'élaborer un « concept des drogues et toxicomanies » global afin d'améliorer la prévention, qui a servi de base à l'élaboration du nouveau plan d'action national. En 2003, le Plan d'action pour la lutte contre les drogues et toxicomanies (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003) a remplacé le Plan d'action antidrogue de 1990 qui était concentré de façon unilatérale sur les drogues illicites et servait jusque-là de cadre pour la politique sur les toxicomanies. La priorité de la politique allemande en matière de drogues et toxicomanies depuis son lancement est la réduction de la consommation de tabac et d'alcool. Le Conseil national des drogues et toxicomanies (après sa nouvelle formation en 2006) soutient la mise en œuvre du Plan d'action pour la lutte contre les drogues et toxicomanies dont les principaux aspects sont les suivants :

- la prévalence des fumeurs chez les adolescents (12-17 ans) doit passer en dessous de 17 % en 2008. Elle est déjà passée de 28 % à 18 % entre 2001 et 2005 ;
- la prévalence des consommateurs de boissons alcoolisées chez les adolescents doit être réduite, passer de 20 % actuellement à moins de 18 % en 2008 ;

- la prévalence d'utilisateurs expérimentaux de cannabis parmi les 12-25 ans doit passer de 31 %, tel qu'indiqué en 2004, à moins de 28 % en 2008 ;
- la prévalence de consommateurs réguliers de cannabis chez les 12-25 ans doit passer en dessous de 3 % en 2008.

Afin d'atteindre ces objectifs, il est impératif que les Länder et les prestataires de services apportent leur soutien sous diverses formes.

6.3.2. Politique en matière de drogues

En Allemagne, l'expression « politique en matière de drogues » change peu à peu de signification. Jusqu'à la fin du siècle dernier, elle était exclusivement liée aux drogues illicites, qui étaient le centre de l'intérêt politique. Il n'existait pas de conception comparable pour une politique relative à l'alcool ou au tabac, ni pour une « politique en matière de toxicomanies » comprenant toute la gamme des substances toxicomanogènes. Au cours des dernières années toutefois, les troubles dus aux substances psychotropes licites et les aspects communs de toutes les substances (par exemple dans la prévention universelle ou chez les patients polytoxicomanes) ont suscité de plus en plus d'intérêt au niveau politique. C'est la raison pour laquelle les expressions « politique en matière de drogues et toxicomanies » ou « politique en matière de toxicomanies » sont utilisées plus souvent, remplaçant peu à peu le terme « politique en matière de drogues ». A la suite de la modification des objectifs poursuivis par les politiques et des stratégies déployées dans le domaine des substances licites et illicites, l'utilisation du terme « politique en matière de drogues et toxicomanies » est devenue de plus en plus courante dans la langue allemande.

En outre, la vision s'élargit : axée à l'origine sur la toxicomanie liée aux substances, elle s'étend à la consommation risquée et néfaste, et donc à une conception globale de la politique de santé pour les troubles et risques liés aux substances. Toutefois, la langue allemande n'a pas de terme approprié pour refléter cet élargissement du concept, et de ce fait l'expression (peu satisfaisante) de « politique en matière de toxicomanies » continue à être utilisée (Pfeiffer-Gerschel *et al.*, 2007).

6.4. Fondements juridiques de la politique en matière de drogues

Les derniers développements nationaux correspondent à ces changements de la politique en matière de drogues. Le principal objectif reste de faire la distinction entre la façon dont sont traités le trafic de drogues

et la consommation de drogues ; dans le premier cas, une sanction plus sévère est envisagée, tandis que dans le second une autre solution est encouragée. De même, le fait d'avoir étendu l'attention aux drogues licites a donné naissance à de nouvelles lois. Les exemples suivants corroborent les changements des fondements juridiques concernant la consommation de drogues licites et illicites, ainsi que leurs effets.

En 1994, la Cour fédérale constitutionnelle a déclaré que l'action pénale devait faire la distinction entre les saisies de grandes quantités (indiquant un trafic) et les saisies de petites quantités (qui peuvent être considérées comme étant destinées à une consommation personnelle) (Hettenbach, 2002). De ce fait, les Länder ont fixé des limites individuelles pour la possession de cannabis. Ces limites variaient beaucoup entre les Länder, néanmoins au cours des dernières années elles se sont de plus en plus harmonisées.

Afin de protéger en particulier les jeunes contre les dangers et les conséquences de la consommation d'alcool, des taxes supplémentaires ont été mises en place le 1^{er} juillet 2004 (Deutscher Bundestag, 2004) ainsi qu'une interdiction pour les jeunes conducteurs (âgés de moins de 21 ans ou ayant un permis de moins de deux ans) de boire de l'alcool (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2007).

Le 20 juillet 2007, une loi fédérale sur la protection des non-fumeurs a été ratifiée, interdisant de fumer dans les lieux publics fédéraux et les transports publics (Bundesministerium für Gesundheit, 2007). En outre, presque tous les Länder fédéraux ont entre-temps ratifié des lois pour protéger les citoyens des dangers de la fumée de tabac présente dans l'air ambiant. En Allemagne, les Länder sont responsables des réglementations relatives à tous les types d'écoles (publiques), universités, ainsi que des bars et restaurants. Dans la plupart des Länder, le tabac a été totalement interdit dans les écoles publiques (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008).

6.5. Contexte international

La politique allemande en matière de drogues est liée à la Convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961 amendée par le Protocole de 1972, la Convention sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

L'Allemagne est un partenaire actif des institutions internationales dans le domaine des drogues et toxicomanies. En tant que membre des

Nations Unies (ONU), l'Allemagne coopère avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Si l'OMS se concentre principalement sur la réduction de la demande et des dommages, l'ONUDC contribue à la réduction de l'offre et de la demande.

Les partenaires les plus importants de l'Allemagne au niveau européen sont la Commission européenne, le Groupe horizontal « Drogue » (GHD), l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) et le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. Il existe également des coopérations bilatérales en ce qui concerne les drogues et les toxicomanies avec de nombreux pays. L'Allemagne participe et coordonne plusieurs projets internationaux, comme « International Cannabis Need of Treatment Study » (INCANT) et l'étude « Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines » (DRUID).

6.6. Conclusions

Une politique globale en matière de toxicomanies de plus en plus axée sur les aspects communs de l'éventail des substances psychotropes a remplacé les notions isolées de « drogue ». L'actuel Plan d'action de lutte contre les drogues et toxicomanies est le fondement du concept de politique globale. Il repose sur le nouveau concept de santé publique qui intègre à la fois les soins spécialisés individuels aux toxicomanes et les soins de santé universels afin de créer les conditions permettant aux personnes d'être et de rester en bonne santé. Dans ce cadre, il est rappelé que la prévention et la thérapie ciblées individuellement sont fondamentales, bien qu'elles puissent contribuer uniquement de façon limitée à la réduction des problèmes de toxicomanie dans la société. Les objectifs concrets sont la réduction de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis. Les récentes priorités pour l'élaboration de la politique nationale dans le domaine des substances illicites sont l'amélioration des offres de soins pour les personnes avec des problèmes de cannabis et la recherche sur les effets du cannabis.

Afin d'atteindre les objectifs établis, les soins individuels spécialisés aux toxicomanes sont combinés à un cadre structurel. Une partie du cadre structurel consiste en interdictions et application de la loi pour la réduction de l'offre, ainsi que des lois sur la protection des consommateurs et des tiers contre les conséquences négatives de l'abus/consommation de substances. L'interdiction des substances, selon la loi sur les stupéfiants et l'application des contraventions, en sont des exemples ainsi que l'interdiction de l'alcool pour les jeunes conducteurs et la loi pour la protection contre les dangers du tabagisme passif.

Le système thérapeutique allemand pour les individus souffrant de problèmes liés aux drogues peut être considéré comme un système complet, dirigé de façon professionnelle et complexe. Ce système pourrait être illustré comme un éventail complet allant d'offres à bas seuil, conseils et traitement de la phase aiguë (par exemple désintoxication) aux services de désintoxication, en passant par le traitement spécialisé en ambulatoire/en établissement et le traitement de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés. Généralement, une aide professionnelle peut être fournie à chaque stade du développement d'une carrière d'un individu toxicomane et de nombreuses interfaces existent entre différentes modalités thérapeutiques (comme traitement en ambulatoire/en établissement, traitement social ou traitement médicalement assisté). Généralement, le traitement des problèmes liés à la drogue dans les centres thérapeutiques spécialisés tente de tenir compte, autant que possible, des problèmes des individus, ce qui se traduit par des offres globales pour retourner à la vie professionnelle ou pour stabiliser, voire améliorer, la condition physique.

La prévention telle que définie dans le plan sur la toxicomanie est un des grands piliers de la politique allemande en matière de drogues et toxicomanies. Le but est de réduire la demande en particulier chez les jeunes. Les campagnes éducatives jouent un rôle important ainsi que les programmes nationaux comme *FreD*, *INCANT*, *DRUID*, « *Hart am Limit* » (*HALT*) et les innombrables projets locaux.

Bien que les taux de prévalence de la plupart des substances psychoactives soient restés assez stables, de plus en plus de données indiquent une baisse de la prévalence de la consommation de tabac et cannabis chez les adolescents entre 2004 et 2007 (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, 2007*a, b*). Néanmoins, la prévalence du tabagisme chez les adolescents masculins est toujours au niveau de 1994. *Settertobulte* et *Richter* (2007) attribuent la baisse du nombre de jeunes fumeurs au cours des cinq dernières années au climat social qui devient de plus en plus antifumeurs, à la hausse rigoureuse des taxes sur le tabac et à l'extension des interdictions de fumer, notamment dans les écoles. En revanche, les données de l'enquête sur le comportement de santé des jeunes d'âge scolaire (*Health Behaviour in School-aged Children study – HBSC*, *Settertobulte* et *Richter*, 2007) indiquent également que l'âge de la première cigarette baisse peu à peu et l'Étude épidémiologique sur les toxicomanies (*Epidemiological Survey on Addiction (ESA)*) de 2006 a montré une augmentation de l'ivresse ponctuelle chez les jeunes adultes (*Pabst* et *Kraus*, 2008). En résumé, les données épidémiologiques peuvent indiquer que la politique sociale au niveau global n'a pas toujours les effets positifs escomptés, au moins dans la mesure où elle était censée en avoir. Globalement,

malgré les progrès déjà réalisés dans le domaine de la politique sur les substances psychoactives, l'efficacité des mesures prises pour réduire l'offre et la demande devrait être évaluée en permanence, tandis que les efforts pourraient être intensifiés afin que l'impact de ces politiques figure également dans les données empiriques.

Bibliographie

Aßfalg, R., *Von der Trinkerrrettung zur organisierten Suchtkrankenhilfe*, Neuland, Geesthacht, 2007.

Batra, A., Buchkremer, G., Opitz K. et Toelle, R., *Tabakabhängigkeit* (vollständige. Suchtmedizinische Reihe, Band 2), DHS, Hamm, 2003.

Baumeister, S. E., Kraus, L., Stonner, T. K. et Metz, K., « Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 », *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), 2008, pp. 26-35.

Briesen, D., *Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA*, Campus Verlag, Francfort, 2005.

Bundeskriminalamt, *Bundeslagebild Rauschgift 2006*, Bundeskriminalamt, Wiesbaden, 2007.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), « Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens », 2007 (http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_603198/SharedDocs/Gesetzestexte/Drogen/Nichtraucherschutz,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Nichtraucherschutz.pdf) (consulté le 6 janvier 2008).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Kurzbericht*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Cologne, 2007a (<http://www.bzga.de>) (consulté le 1^{er} janvier 2008).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, *Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen*, 2007, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Cologne, 2007b (<http://www.bzga.de>) (consulté le 1^{er} février 2008).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), *Rauchfreie Schulen*, 2008 (<http://www.rauchfrei-info.de/index.php?id=366>) (consulté le 28 janvier 2008).

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), « Alkoholverbot für Fahranfänger », 2007 (<http://www.bmvbs.de/>

dokumente/,302.996751/Pressemitteilung/dokument.htm) (consulté le 28 janvier 2008).

Deutscher Bundestag, « Drucksache », 15/2587, 2004 (<http://dip.bundestag.de/btd/15/025/1502587.pdf>) (consulté le 20 juin 2005).

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, *Aktionsplan Drogen und Sucht*, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin, 2003.

Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J. L. et le Comparative Risk Assessment Collaborating Group, « Selected major risk factors and global and regional burden of disease », *The Lancet*, 360, 2002, pp. 1347-1360.

Hettenbach, M., BVerfG 1994-03-09 Zur Strafbarkeit des Cannabis-konsums : « Kein Recht auf Rausch », 2002 (<http://www.jurathek.de/showdocument.php?session=1883213590&ID=330&referrer=97>) (consulté le 6 janvier 2008).

Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A. et Wiessing, L., « Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway », *Addiction*, 98.4, 2003, pp. 471-485.

Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. et Pabst, A., « Cannabis und andere Illegale Drogen : Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 », *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), 2008, pp. 16-25.

Pabst, A. et Kraus, L., « Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 », *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), 2008, pp. 36-46.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., David-Spickermann, M. et Bartsch, G., *National report to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point : Germany, Drug situation 2006/2007*, Deutsche Referenzstelle für die EBDD (DBDD), Munich, 2007 (<http://www.dbdd.de>) (consulté le 1^{er} février 2008).

Settertobulte, W. et Richter, M., « Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher : Ergebnisse der "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)" Studie 2005/2006 », in Mann, K., Havemann-Reinecke, U. et Gassmann, R. (éd.). *Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen*, Lambertus, Fribourg, 2007, pp. 7-27.

Statistisches Bundesamt, *Statistisches Jahrbuch 2007*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

7. Le développement de la politique hongroise de lutte contre la consommation des drogues et de l'alcool

Zsolt Demetrovics, Unité de recherche sur la toxicomanie, université Eötvös Loránd, Hongrie

7.1. Epidémiologie

La situation de la drogue a évolué de manière significative en Hongrie au cours de ces vingt dernières années. Dans les années 1970 et 1980, le tableau épidémiologique du pays se caractérisait essentiellement par la consommation de diverses substances licites, comme les substances inhalées, les benzodiazépines (également associés à l'alcool) et d'autres médicaments contenant des opiacés (principalement la codéine). La consommation du Parkan, un médicament utilisé dans le traitement de la maladie de parkinson, était par ailleurs courante (il libère de la dopamine et provoque des hallucinations). Le cannabis se limitait au cercle plus restreint des intellectuels, tandis que les autres substances illicites étaient pratiquement impossibles à trouver à l'époque (Bácskai et Gerevich, 1994 ; Demetrovics, 2001).

L'augmentation de la consommation des opiacés, déjà constatée par le système de santé, a débuté au cours des années 1980. Outre la codéine, la consommation d'opium dur tiré du pavot s'est répandue sous la forme, l'été, d'injections intraveineuses de décoctions de pavot et, en hiver, d'infusions de pavot. La consommation de la codéine et du pavot était associée à celle du glutéthimide (Paksi et Demetrovics, 1999).

L'évolution quantitative et qualitative de la consommation de drogues est survenue au début des années 1990. Du jour au lendemain, il est devenu possible de se procurer l'ensemble des substances illicites. Tous les indicateurs montrent une prévalence croissante de la consommation de drogues, qui s'est toutefois ralentie à la fin des années 1990 (Elekes et Paksi, 2000 ; National Focal Point, 2007 ; Paksi, 2003).

72. Politique en matière de drogues et stratégie nationale hongroise de lutte contre la toxicomanie¹⁰

Jusqu'en 1985, les dirigeants politiques niaient l'existence d'une consommation de drogues au sein de la société hongroise. Il a fallu attendre que le Comité central du Parti communiste hongrois décide de se pencher sur ce phénomène pour qu'il devienne un sujet de débat. Cette décision a permis d'entamer un véritable travail professionnel. L'année 1992 marque un tournant important, puisqu'une nouvelle spécialisation a fait son apparition en psychiatrie : l'addictologie. Depuis 2001, les psychologues cliniciens peuvent suivre un enseignement particulier pour devenir psychologues dans le domaine de la toxicomanie. La principale évolution de la politique menée en matière de toxicomanie au cours de ces quinze dernières années a toutefois été l'adoption par le Parlement hongrois, en décembre 2000, de la Stratégie nationale de lutte contre la toxicomanie.

Cette stratégie nationale (élaborée par le ministère de la Jeunesse et des Sports en 2000) ne fixe aucun objectif en rapport avec la consommation d'alcool et de tabac. Elle porte principalement sur les drogues illicites, bien que la mission qu'elle assigne soit, dans plusieurs domaines, inséparable de la question de la consommation d'alcool, du tabagisme, ainsi que de l'inhalation et de l'absorption abusive de produits pharmaceutiques sans ordonnance médicale. C'est notamment le cas dans des communautés locales où, bien souvent, ces problèmes s'entremêlent et s'additionnent au sein d'une même famille ou chez un même individu. La prévention est elle aussi concernée, dans la mesure où seul un discours sans ambiguïté à l'égard de la consommation de ces substances permet de mettre en œuvre avec succès de tels programmes. Enfin, l'interconnexion des difficultés liées à la consommation de plusieurs substances transparaît également dans le domaine de la thérapie et de l'assistance, où le réseau de traitement vient en aide aux consommateurs aussi bien de drogues que d'alcool. La stratégie nationale profite de l'expérience acquise lors de précédents plans d'action contre l'alcoolisme et le tabagisme ; elle s'efforce d'établir une coopération dans les domaines susmentionnés avec les experts, les institutions publiques et professionnelles, les organisations civiles et religieuses, ainsi que les communautés locales.

Parmi les facteurs de risque d'une augmentation de la consommation de drogues, la stratégie nationale évoque certains cas de consomma-

10. Cette partie est tirée, pour une part, du « 2005 National Report (2004 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point », « Hungary », New Development, Trends and in-depth information on selected issues.

tion d'alcool et de tabac. Les enfants et les jeunes adultes peuvent être considérablement influencés par la consommation d'alcool et le tabagisme de leurs parents ou d'autres jeunes de leur âge, ainsi que par leur attitude à l'égard de ces substances ; de tels comportements constituent autant de facteurs de risques. Certains aspects culturels, comme le rapport de la société aux drogues licites et l'existence d'un besoin qui semblent véhiculer la publicité et la communication de masse, peuvent également avoir une influence. Le volet consacré à la prévention par la stratégie nationale aborde également la question de la consommation de l'alcool et du tabac.

La prévention des drogues illicites ne saurait être dissociée de la prévention, à l'école, de la consommation de drogues licites (alcool, nicotine, absorption de produits pharmaceutiques sans ordonnance médicale). Il convient, selon cette stratégie, que le lieu de travail joue un rôle majeur, avant tout dans la prévention de la consommation de drogues licites (alcool et tabac), bien que la nécessité de prévenir également la consommation de drogues illicites sur le lieu de travail ait déjà été soulevée.

7.3. Programme de santé publique¹¹

7.3.1. Objectifs

Le programme de santé publique adopté sous la forme de l'acte législatif n° 46/2003 (IV.16.) fixe un certain nombre d'objectifs en matière de consommation d'alcool et de tabac en Hongrie.

7.3.1.1. Réduire la consommation de cigarettes

Le sous-programme *Lutte contre le tabagisme* vise à réduire la consommation de cigarettes de 8 % par an et à diminuer de 6 % la prévalence des fumeurs réguliers (35 % chez les hommes) d'ici à 2010.

Points essentiels du sous-programme :

- prévention de la dépendance : programmes communautaires, communication en matière de santé, mesures de santé publique (réglementation) ;
- intensification de l'arrêt du tabagisme : développement d'un système de prise en charge ;

11. *Ibid.*

- garantie à toute personne de la possibilité de jouir d'un environnement sans fumée ;
- recherche et connaissance des raisons et des motivations du tabagisme.

7.3.1.2. Réduire la consommation d'alcool

Points essentiels du sous-programme :

- « programmes d'intervention minimale » fonctionnant sous la forme d'un service élémentaire ;
- mise en œuvre de programmes de protection des enfants contre les personnes alcooliques ;
- mise en place de centres de désintoxication (services de proximité, organisations civiles, groupes d'entraide) ;
- renforcement des aptitudes au traitement social de la question (organisations civiles, programmes de prévention à l'intention des jeunes, programmes médiatiques) ;
- observation de l'évolution des modèles de consommation d'alcool.

La stratégie hongroise de lutte contre la toxicomanie ne fixe aucun objectif à l'égard des drogues licites, lesquelles sont gérées dans le cadre d'une stratégie et d'un programme de santé différents ; ces questions sont donc distinctes de celles de la toxicomanie. Il n'existe aucune politique propre à la consommation d'alcool ou de tabac.

7.3.2. Traitement

L'ouverture du premier centre de désintoxication ambulatoire en Hongrie en 1987 a été suivie par celle d'un grand nombre d'établissements du même genre. A l'heure actuelle, le pays compte 20 établissements de ce type. Les services psychiatriques sont par ailleurs plus adaptés à la désintoxication. Le rejet des patients toxicomanes demeure toutefois fréquent. Les centres de désintoxication en établissement (unités hospitalières distinctes, de sevrage complet, destinées à un traitement de longue durée, en général d'un an environ) existent depuis le début des années 1990. Certains de ces établissements fonctionnent selon des modèles professionnels adaptés (comme le modèle Minnesota ou le modèle de la communauté thérapeutique), tandis que d'autres suivent une ligne de conduite moins théorique. Les patients alcooliques et les toxicomanes sont admis dans la plupart des centres.

7.3.3. Réduction des risques

A l'instar d'autres pays d'Europe centrale et orientale, la Hongrie a été agitée ces dernières années par un débat sur la question de la réduction des risques, qui a mobilisé les spécialistes et le public. Les arguments avancés, et surtout les dirigeants et les professionnels opposés à la mise en place de structures de réduction des risques, ont constamment entravé la multiplication de ces services.

Le statut juridique du traitement de substitution par agoniste opiacé est par conséquent resté incertain jusqu'en 1993, bien qu'il existe en Hongrie depuis 1989 (au départ sous forme de codéine et, généralement, de méthadone depuis 1993) (Demetrovics *et al.*, 2001). C'est la raison pour laquelle nombre de centres ambulatoires de désintoxication n'avaient pas pris le risque de lancer ce type de programme. Un traitement par méthadone a récemment été administré à 700 toxicomanes aux opiacés en un an (National Focal Point, 2007). Budapest et les grandes villes pratiquent depuis le début des années 1990 l'échange de seringues. Ces programmes, associés à un travail d'information, se sont révélés bien plus efficaces que les services disponibles en un lieu donné.

Il convient de souligner que cette optique de réduction des risques existe également dans la culture de la fête (Demetrovics et Pelle, 2000 ; Demetrovics et Rácz, 2008). Plusieurs services prodiguent ainsi des conseils, tout en distribuant de l'eau, des vitamines, des préservatifs et des brochures d'information dans les soirées et discothèques, afin de rendre plus sûrs les lieux de divertissement. La coopération entre les organisateurs de soirées, les services civils, les autorités locales, les services de police et les autres établissements concernés par la question fait toutefois bien souvent défaut.

Bibliographie

Bácskai, E. et Gerevich, J., « Poverty Drug Use in Hungary », *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 3, 1994, pp. 186-192.

Demetrovics, Z., « Cultural Changes and the Changing Face of Youth Subculture and Drug Use. Some Comparisons between Western and Eastern Europe », in Nechifor, M. et Boisteanu, P. (dir.), *Pharmacodependences – mechanisms, clinical aspects, treatment*, Editura Glissando, Iasi, 2001, pp. 109-117.

Demetrovics, Z. et Pelle, A., « Biztonságos szórakozóhely program ». Ajánlás valamint elméleti és jogi háttéranyag a táncos szórakozóhelyek biztonságos üzemeltetéséhez (Programme pour la sécurité des lieux de divertissement. Recommandations et contexte théorique et juridique pour un fonctionnement plus sûr des boîtes de nuit, *Addictologia Hungarica*, 8, 6, 2000, pp. 433-441.

Demetrovics, Z. et Rácz, J. (dir.), *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcénában* (Soirées, drogues et réduction des risques. Etudes qualitatives sur le monde de la fête), L'Harmattan, Budapest, 2008.

Demetrovics, Z., Honti, J., Csorba, J. et Szemelyácz, J., « A szubsztitúciós metadon kezelés I. Történeti áttekintés », *Psychiat. Hung.*, 16, 1, 2001, pp. 57-69.

Elekes Zs. et Paksi, B., *Drogok es fiatalok* (Les jeunes et les drogues), ministère de la Jeunesse et des Sports, Aula, Budapest, 2000.

Ministère de la Jeunesse et des Sports, « National strategy to combat the drug problem. Conceptual framework of the Hungarian government's anti-drug strategy », ministère de la Jeunesse et des Sports, Budapest, 2000.

National Focal Point, *2007 National Report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. "Hungary", New developments, trends and in-depth information on selected issues*, National Focal Point, Budapest, 2007.

Paksi, B., *Drogok es Felnóttek* (Les adultes et les drogues), L'Harmattan, Budapest, 2003.

Paksi, B. et Demetrovics, Z., « A drogepidemiológia jelenlegi helyzete Magyarországon » (Epidémiologie des drogues en Hongrie), *Addictologia Hungarica*, 7, 1, 1999, pp. 14-26.

8. Irlande : évolution des politiques de lutte contre les drogues et liens avec les politiques de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, selon le contexte, l'idéologie politique et les données scientifiques

*Brigid Pike, Unité de la recherche sur l'alcool et les drogues,
Conseil de la recherche sur la santé, Irlande*

Ce rapport met en évidence la convergence croissante des perceptions et des approches en matière de lutte contre les drogues illicites et l'alcool, bien que la volonté politique de réunir les différents domaines n'ait pas été aussi forte, sauf dans le contexte plus large de « l'abus de substances ». Le contrôle du tabagisme reste un domaine d'intervention distinct.

Cette évolution découle de cinq facteurs interdépendants :

- les attitudes culturelles ;
- les données scientifiques ;
- le principe de réduction des risques ;
- les aménagements structurels et financiers ;
- les considérations d'ordre politique

8.1. Contexte¹²

Située au large de la côte nord-orientale de l'Europe, et à quelque 30 kilomètres à l'ouest des côtes anglaises, écossaises et galloises, l'Irlande est une île de 69 000 kilomètres carrés. Elle dispose d'un

12. Ce chapitre s'appuie sur les documents suivants : Central Statistics Office, *Census 2006 preliminary report*, Stationery Office, Dublin, 2006 ; Central Statistics Office, *EU survey on income and living conditions (SILC) 2006*, Stationery Office, Dublin, 2007 ; Institute of Public Administration, *Administration yearbook and diary 2008*, Institute of Public Administration, Dublin, 2007.

littoral de 1 500 kilomètres de long et contrôle environ 16 % des eaux territoriales de l'Union européenne. Elle possède également une frontière terrestre de 360 kilomètres de long avec l'Irlande du Nord, territoire du Royaume-Uni situé à l'angle nord-est de l'île et occupant un sixième de la masse terrestre de l'île.

Lors du recensement de 2006, la population de l'Irlande a été estimée à 4 234 000 personnes. Depuis 1996, elle a augmenté en moyenne de 1,6 % par an, soit le taux de croissance démographique le plus élevé de l'Union européenne. Depuis le dernier recensement de la population de 2002, l'Irlande a connu une immigration nette de 46 000 personnes par an en moyenne. L'anglais est la langue employée par la majorité des Irlandais, dont 88 % sont de confession catholique. L'économie irlandaise, ouverte et essentiellement fondée sur l'exportation, a enregistré une croissance sans précédent depuis la seconde moitié des années 1990. En 2006, 17 % de la population irlandaise était menacée de pauvreté et 6,9 % vivait dans une situation de pauvreté constante.

L'Irlande est une démocratie parlementaire. Son droit est fondé sur la « *common law* » et sur la législation édictée par le parlement. La Constitution détermine la forme de gouvernement. Elle définit aussi les pouvoirs et les fonctions du président (chef de l'Etat) et des deux chambres du parlement (Oireachtas), qui comprend une chambre basse (Dáil Éireann), principal organe législatif, et une chambre haute (Seanad), ainsi que la composition et les fonctions du gouvernement, constitué d'un Premier ministre (*Taoiseach*) et de ministres. Elle définit enfin la structure et les pouvoirs des tribunaux et énonce les droits fondamentaux des citoyens. Les autorités locales, directement élues par la population, supervisent la fourniture des services locaux.

Le partenariat social permet un dialogue permanent sur diverses questions sociales et économiques entre le Gouvernement irlandais et les syndicats, les employeurs, les sociétés commerciales, les entreprises agricoles et le secteur associatif et bénévole. Depuis 1987, des accords de partenariat social pluriannuels ont été conclus au niveau national et les partenaires sociaux et le Gouvernement siègent de manière permanente à différents organes nationaux, régionaux et locaux, afin de les aider à élaborer des stratégies locales de développement économique, social et culturel et des plans visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

8.2. Données empiriques sur la consommation de drogues

Fin 2002 et début 2003 a été réalisée la première enquête sur la prévalence de la consommation de drogues illicites par les ménages irlandais¹³. Dans le cadre d'entretiens en face à face, elle a étudié la prévalence de la prise de drogues au cours d'une vie, l'année précédente (récente) et le mois précédent (actuelle) chez des personnes de 15 à 64 ans. Elle a abouti, pour l'Irlande (à l'exclusion de l'Irlande du Nord), aux conclusions suivantes :

- une personne interrogée sur cinq n'a jamais consommé de drogues illicites, une personne sur dix-huit en a consommé l'année précédente et une personne sur trente-quatre en a consommé le mois précédent ;
- le cannabis est la drogue illicite la plus largement consommée ;
- la prévalence de l'utilisation d'autres drogues illicites est plus faible et essentiellement limitée aux plus jeunes ;
- les hommes consomment davantage de drogues illicites que les femmes ;
- les femmes et les personnes âgées prennent davantage de calmants, de tranquillisants et d'antidépresseurs.

En 2008, les premiers résultats de la deuxième édition de la même enquête ont été publiés¹⁴. En Irlande, il a été révélé que l'usage de n'importe quelle drogue illicite parmi tous les adultes a augmenté entre 2002-2003 et 2006-2007 de 19 % à 24 %. Des augmentations pour l'usage au cours d'une vie pour les drogues suivantes ont été constatées : cannabis (de 17 % à 22 %), cocaïne (de 3 % à 5 %) et champignons hallucinogènes (de 4 % à 6 %). Dans l'ensemble, les différences liées au sexe et à l'âge observées dans l'usage au cours d'une vie de drogues dans l'étude de 2002-2003 ont été constatées aussi dans l'étude de 2006-2007. En général, ce sont parmi les hommes et les groupes d'âges les plus jeunes que les taux les plus élevés de prévalence au cours d'une vie pour n'importe quelle drogue illicite ont été rapportés.

13. National Advisory Committee on Drugs (NACD) et Drug and Alcohol Information and Research Unit (DAIRU), *Drug Use in Ireland & Northern Ireland – First Results (Revised) from the 2002/2003 Drug Prevalence Survey*, NACD et DAIRU, Dublin et Belfast, 2005.

14. NACD et DAIRU, *Drugs use in Ireland and Northern Ireland – first results from the 2006/2007 Drug Prevalence Survey Bulletin 1*, NACD et DAIRU, Dublin et Belfast, 2008.

8.3. Le problème des drogues tel qu'il est perçu par la population et les responsables politiques

Une enquête sur les connaissances, les attitudes et les croyances en matière de drogues a été menée dans l'ensemble du pays en 1998, renouvelée en 2000, puis interrompue¹⁵. Par la suite, il n'y a plus eu que des enquêtes sporadiques et isolées sur différents aspects du problème des drogues illicites. Le compte rendu ci-après s'appuie sur les études réalisées à l'échelle du pays au cours des cinq dernières années.

Les infractions liées aux drogues sont considérées comme un grave problème en Irlande, tant par la population que par les responsables politiques. Ainsi, l'Eurobaromètre 63, basé sur une enquête sur le terrain menée en mai-juin 2005, a montré que les Irlandais, invités à désigner parmi une liste de 16 mesures possibles les trois mesures que l'UE devrait prendre en priorité, ont placé « lutter contre le crime organisé et le trafic de drogues » en deuxième position, derrière « lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale »¹⁶. L'année suivante, dans un sondage de l'Institut TNS mrbi commandé par le ministre de la Justice, de l'Égalité et des Réformes législatives concernant l'attitude des Irlandais à l'égard de la délinquance et du maintien de l'ordre, la toxicomanie était désignée comme le plus grave problème de délinquance en Irlande.

En 2007, l'Institut irlandais pour la réforme pénale a mené une enquête afin de connaître l'opinion de la population sur diverses questions relatives au système pénitentiaire. Fondée sur des entretiens en face à face avec un échantillon représentatif d'adultes de plus de 18 ans, l'enquête a révélé une préférence pour des mesures moins punitives, telles que les programmes de lutte contre la toxicomanie pour les délinquants non violents, et une volonté de voir proposer davantage de programmes de traitement aux toxicomanes¹⁷. Parmi les personnes interrogées, 44 % estimaient que réprimer la consommation de drogues sur le plan pénal causait davantage de problèmes qu'elle n'en empêchait, 28 % pensaient le contraire, et beaucoup demeuraient dans l'incertitude, 19 % ayant choisi la réponse « ni d'accord, ni pas d'accord » et 9 % « je ne sais pas ».

15. Bryan, A., Moran, R., Farrell, E. et O'Brien, M., *Drug-related knowledge, attitudes and beliefs in Ireland : report of a nation-wide survey*, Health Research Board, Dublin, 2000.

16. Commission européenne, *Eurobaromètre 63, l'opinion publique dans l'Union européenne*, Commission européenne, Bruxelles, 2005.

17. TNS mrbi, *Public attitudes to prison*, Irish Penal Reform Trust, 2007.

La légalisation du cannabis fait l'objet de débats réguliers. Les enquêtes récentes montrent que la population serait favorable à une légalisation de l'usage médical du cannabis et, dans une moindre mesure, de la « consommation personnelle » de cette substance¹⁸. Cependant, lors des derniers débats politiques tenus sur la question en 2001 et 2002, le gouvernement a indiqué qu'en l'absence d'éléments scientifiques convaincants, il ne modifierait pas la réglementation relative au cannabis¹⁹. Dans l'avant-propos d'un rapport sur le cannabis élaboré en 2006 par la Commission parlementaire mixte sur les questions artistiques, sportives, touristiques, locales, rurales et gaéliques, la présidente a fait observer :

« Les membres de la Commission mixte sont convaincus que la seule attitude à adopter à l'égard du cannabis devrait être, comme le disaient les Romains, *"noli tangere"* ou "ne pas toucher", et qu'il ne devrait y avoir aucune évolution vers une libéralisation des sanctions juridiques attachées à la possession, à l'usage et à la revente de cette substance véritablement nocive. Enfin, la Commission mixte souhaite que la loi soit rigoureusement appliquée à ceux qui tirent financièrement profit de la vente du cannabis. »²⁰

Aucun consensus n'a encore été dégagé sur la question de la réduction des risques. La Stratégie nationale de lutte contre les drogues prévoit des traitements de substitution, un système d'échange d'aiguilles et des services de proximité. La prescription d'héroïne et/ou l'aménagement de salles d'injection n'ont pas été jugés souhaitables, compte tenu des engagements souscrits par l'Irlande au titre des conventions de l'ONU sur les stupéfiants, et de la nécessité de mener des évaluations et des recherches plus poussées « afin d'établir objectivement les bénéfices d'un tel traitement ». Une étude récente sur la mise en place de lieux d'injection plus sûrs en Irlande, dans laquelle des consommateurs, des prestataires de services et des responsables politiques ont été interrogés a conclu : « [...] ce serait peut-être aller trop loin dans le climat

18. Lansdowne Market Research Omnibus Survey, *Public opinion of cannabis in Ireland*, Lansdowne Market Research, Dublin, septembre 2001 ; National Advisory Committee on Drugs (NACD) et Drug and Alcohol Information and Research Unit (DAIRU), *Drug Use in Ireland & Northern Ireland – First Results (Revised) from the 2002/2003 Drug Prevalence Survey*, NACD et DAIRU, Dublin et Belfast, 2005.

19. Martin, M., *Parliamentary Debate*. vol. 549, col. 817 (26 février 2002) ; Ahern, N. « UK cannabis laws eased, but we don't have to follow suit », *The Irish Times*, 15 juillet 2002 ; National Advisory Committee on Drugs, *An overview of scientific and other information on cannabis*, Stationery Office.

20. Joint Committee on Arts Sport Tourism Community Rural and Gaeltacht Affairs, *What everyone should know about cannabis*, Houses of the Oireachtas, Dublin, 2006.

politique actuel ; tout changement sera progressif et pourrait venir des prestataires de services qui tenteront d'introduire des changements depuis la base ».²¹

Lors des élections générales de 2007, les grands partis politiques ont tous abordé la question des drogues illicites dans leurs programmes électoraux²² et ont cherché à créer un large consensus avec l'opinion publique (dans la mesure où la problématique est comprise). Ainsi, ils ont souscrit aux mesures prévues par la Stratégie nationale de lutte contre les drogues 2001-2008 visant, d'une part, à réduire la disponibilité des drogues illicites par diverses interventions de la force publique et, d'autre part, à faciliter l'accès des toxicomanes à des traitements et à d'autres mesures d'accompagnement, en vue de faciliter leur réinsertion sociale et d'éviter les comportements à risque liés à l'usage de drogues et les dommages causés par une telle consommation aux personnes, aux familles et à la communauté.

8.4. Evolution de la politique irlandaise de lutte contre les drogues

8.4.1. Développement

L'Irlande a commencé à se préoccuper officiellement des drogues illícites à la fin des années 1960, lorsque le gouvernement a créé un groupe de travail sur la toxicomanie. Le cannabis, le LSD et les amphétamines ont alors été identifiés comme les drogues qui posaient le plus de problèmes²³. Dans les années 1980, les inquiétudes se sont portées sur les opiacés, notamment l'héroïne, et sur la propagation des maladies infectieuses transmises par le sang lors d'injections de drogues²⁴. Le lien entre la consommation d'héroïne et l'appartenance à un milieu socio-économique défavorisé a été officiellement reconnu

21. O'Shea, M., « Introducing safer injecting facilities (SIFs) in the republic of Ireland : "chipping away" at policy change », *Drugs : education, prevention and policy*, 14, 1, 2007, pp. 75-88.

22. Fianna Fáil, *Now, the next steps : Fianna Fáil manifesto 2007*, Fianna Fáil, Dublin, 2007 ; Fine Gael, *General election manifesto 2007*, Fine Gael Dublin, 2007 ; Labour Party, *The fair society – Labour manifesto 2007*, Labour Party, Dublin, 2007 ; Sinn Féin, *Sinn Féin general election manifesto 2007*, Sinn Féin, Dublin, 2007.

23. Working Party on Drug Abuse, *Report of working party on drug abuse*, Stationery Office, Dublin, 1971.

24. National Co-Ordinating Committee on Drug Abuse, *Government strategy to prevent drug abuse*, Department of Health, Dublin, 1991.

au milieu des années 1990²⁵. Les drogues récréatives, notamment le cannabis et l'ecstasy, sont devenues un sujet de préoccupation à la fin des années 1990. Entre 2000 et 2010, la consommation de cocaïne et la polytoxicomanie, qui comprend l'alcool, ont suscité de nouvelles inquiétudes²⁶. Au cours de ces quelque quarante ans, cinq rapports/stratégies, dont l'actuelle Stratégie nationale de lutte contre les drogues, ont été adoptés dans le cadre de la politique gouvernementale en matière de drogues illicites. Ces cinq documents, fondés sur une démarche « prohibitionniste », ont adopté une « approche équilibrée », cherchant à réduire tant l'offre que la demande de substances illicites.

Au début des années 1990, lorsque les dangers, pour la santé publique, de la consommation de drogues par intraveineuse ont commencé à être reconnus, des pratiques de réduction des risques, tels que les traitements de substitution et la mise en place de systèmes d'échanges d'aiguilles, ont été introduites, mais toujours dans l'objectif ultime de parvenir à une société sans drogue. Les services de traitement centralisés ont été progressivement abandonnés, les médecins généralistes ont été invités à jouer un rôle plus actif dans le traitement des toxicomanes et les mesures de prévention, de traitement et de réinsertion ont été encouragées au niveau local. Des cliniques satellites fournissant des conseils et des traitements sous surveillance médicale ont été mises en place dans les localités touchées par la toxicomanie.

En 1998, 13 groupes d'action locaux ont été créés dans les zones les plus touchées par le phénomène de la toxicomanie, connaissant également de graves difficultés socio-économiques, des problèmes de délinquance et une qualité de vie médiocre. Ainsi, les représentants de différents ministères, organismes officiels, structures bénévoles et autres associations locales ont pu se réunir dans le cadre de ces groupes d'action afin d'apporter des réponses coordonnées et cohérentes au problème de la toxicomanie au niveau local. En 2000, le nombre de groupes d'actions locaux a été porté à 14, et, en 2004, 10 groupes d'action régionaux ont été créés pour lutter contre les drogues dans le reste du pays. En 2005,

25. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs, *First report of the ministerial task force on measures to reduce the demand for drugs*, Stationery Office, Dublin, 1996 ; Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs, *Second report of the ministerial task force on measures to reduce the demand for drugs*, Stationery Office, Dublin, 1997.

26. Department of Tourism, Sport and Recreation, *Building on experience : national drugs strategy 2001-2008*, Stationery Office, Dublin, 2001 ; Steering group for the mid-term review of the National Drugs Strategy, *Mid-term review of the National Drugs Strategy 2001-2008*, Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs, Dublin, 2005.

le gouvernement a décidé de faire de la réinsertion un nouveau pilier de la Stratégie nationale de lutte contre les drogues, en la distinguant du traitement²⁷.

8.4.2. Les fondements juridiques de la politique de lutte contre les drogues

La classification des drogues et des précurseurs est effectuée en Irlande conformément aux trois conventions des Nations Unies de 1961, 1971 et 1988, qui prévoient des contrôles en cas d'utilisation scientifique ou médicale de drogues et de précurseurs, et prennent en considération les risques présentés par une telle utilisation pour la santé publique ou individuelle. La législation irlandaise considère l'importation, la fabrication, le commerce et la possession autrement que par prescription de la plupart des substances psychotropes comme des infractions pénales. Les lois de 1977 et 1984 relatives à l'usage impropre des drogues et le Règlement de 1988 relatif à l'usage impropre des drogues constituent le principal cadre législatif pénal. Les principaux chefs d'accusation retenus dans la poursuite des infractions liées aux drogues sont, en Irlande, la possession de drogues (article 3 des lois de 1977 et 1984) et la possession à des fins de fourniture (article 15 des mêmes lois). Le Règlement de 1988 énumère cinq types de substances concernées par les différentes lois.

La lutte contre le trafic de drogues a été au cœur d'un nouvel arsenal législatif adopté entre le milieu et la fin des années 1990 à la suite du meurtre de la journaliste Veronica Guerin, qui enquêtait sur le crime organisé lié au trafic de drogues en Irlande. Ces lois accordent des pouvoirs accrus pour retenir et interroger les suspects, confisquer les biens acquis illégalement et lutter contre le blanchiment d'argent, ainsi que des peines plus sévères pour les infractions liées à la possession de drogues à des fins de fourniture. Plus récemment, la capacité légale de lutter contre le crime organisé et le trafic de drogues dans les collectivités et les prisons a été renforcée²⁸.

27. Steering group for the mid-term review of the National Drugs Strategy, *Mid-term review of the National Drugs Strategy 2001-2008*, Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs, Dublin, 2005.

28. Voir, par exemple, la loi de 1996 relative à la justice pénale (trafic de drogues), la loi de 1996 sur le Bureau des biens d'origine criminelle, la loi Europol de 1997, la loi de 1999 relative à la justice pénale (articles 4, 5 et 6) et la loi de 2000 relative à la justice pénale (infractions de vol et de fraude). Voir aussi les lois de 2006 et 2007 relatives à la justice pénale.

L'ébriété due à la consommation d'alcool ou de drogues ou des deux a fait l'objet d'un ensemble de mesures législatives séparées. L'objectif de ces mesures est de limiter les désordres dans les lieux publics²⁹, et/ou de limiter les effets nocifs de l'ivresse sur les personnes concernées et sur autrui³⁰. L'ébriété due à l'alcool ou à d'autres substances a été formellement exclue du champ d'application de la définition des « troubles mentaux » dans la loi de 2006 relative à la justice pénale (démence) et ne peut servir ni de motif pour invoquer l'inaptitude à être jugé ni de défense dans un procès pénal.

Les pratiques de réduction des risques sont « d'une manière générale, très peu validées par les lois et les politiques irlandaises ». Les organisations offrant des services de réduction des risques liés aux drogues ont été invitées à s'appuyer sur des conseils juridiques lors de l'élaboration de leurs politiques relatives aux drogues, de leurs politiques de confidentialité et de leurs méthodes de travail. Elles ont également été encouragées à identifier le personnel de la police locale et à travailler en coopération avec lui, de sorte qu'il soit informé et disposé à soutenir leurs modes d'organisation et leurs méthodes de travail³¹.

8.4.3. Le contexte international

L'Irlande a soit ratifié soit adhéré aux trois conventions des Nations Unies relatives aux drogues de 1961, 1971 et 1988. Elle soutient par ailleurs les initiatives engagées dans ce domaine au niveau européen, telles que la stratégie et le plan d'action antidrogue de l'Union européenne, et est membre des organisations européennes spécialisées dans la lutte contre les drogues – Europol et l'OEDT. En ce qui concerne le traité de réforme de l'Union européenne envisagé, le Royaume-Uni et l'Irlande, en tant que seuls pays de « *common law* », ont le droit de choisir de participer ou non à la coopération judiciaire dans le domaine pénal et à la coopération policière. Cependant, l'Irlande a fermement déclaré qu'elle s'efforcerait de prendre part à la coopération européenne sauf si cela devait entraîner des complications juridiques et qu'elle entendait adopter prochainement des mesures de coopération policière³².

29. Voir les lois de 1994 et 2002 relatives à la justice pénale (ordre public).

30. Voir, par exemple, la loi de 2005 relative à la sécurité maritime, la loi de 2005 sur la sécurité, l'hygiène et le bien-être au travail, et la loi de 2005 relative à la sécurité des transports ferroviaires.

31. Kiely, E. et Egan, E. (éd.), *Harm reduction : an information and resource booklet for agencies engaged in drug education*, Department of Applied Social Sciences, NUIC, Cork, 2000.

32. Ahern, B., *Parliamentary Debate*, vol. 639, col. 1054, 16 octobre 2007.

L'Irlande est membre d'autres organisations internationales engagées dans la lutte contre le crime et le trafic de drogues³³, et s'intéresse à l'évolution générale des politiques menées par d'autres instances en participant à des forums internationaux³⁴. Le groupe de révision qui a élaboré l'actuelle Stratégie nationale de lutte contre les drogues a comparé la stratégie proposée à celles adoptées par les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, l'Ecosse, l'Espagne, la Suède et l'Australie, qui sont réputés pour avoir des « stratégies modernes en matière de drogues ». Par « stratégie moderne en matière de drogues », on entend une stratégie axée sur les besoins des toxicomanes et cherchant, par diverses mesures de coercition et actions de la force publique, à couper les sources d'approvisionnement en drogues. Le groupe de révision a conclu que la nouvelle stratégie tenait bien la comparaison.

Au cours des dix dernières années, l'Irlande et le Royaume-Uni ont renforcé leur collaboration, notamment dans le domaine des drogues, tant par un échange d'informations officielles via le Conseil britannique-irlandais que par une coopération policière plus étroite.

8.4.4. Les relations entre les politiques relatives aux drogues et les politiques relatives à l'alcool et au tabac

Les politiques relatives aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac ont évolué indépendamment les unes des autres. Depuis les années 2000, cependant, les besoins en termes d'organisation et de ressources ont favorisé une convergence entre les domaines des drogues illicites et de l'alcool.

La *Stratégie nationale de lutte contre l'alcool*, publiée en 1996, visait à réduire la prévalence des problèmes liés à l'alcool en encourageant les consommateurs à la modération. Basée sur les recherches récentes de l'OMS, elle était conforme à la Charte européenne sur l'alcool, à laquelle l'Irlande a adhéré. Elle fixait de grandes orientations et invitait les acteurs de différents secteurs à s'investir dans sa mise en œuvre, sans toutefois proposer de méthodes ou de structures adaptées sur lesquelles l'appuyer. Elle a, de ce fait, été largement ignorée³⁵.

33. Par exemple, le Groupe d'action financière sur le blanchiment d'argent, Interpol, l'Organisation mondiale des douanes, et, depuis septembre 2007, le Centre d'opération et d'analyse maritime de lutte contre le trafic de drogues (MAOC-N), basé à Lisbonne, avec le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la France, l'Espagne, le Portugal et l'Italie.

34. Par exemple, le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe et un organisme informel, le Groupe de Dublin.

35. Department of Health and Children, *National alcohol policy*, Stationery Office, Dublin, 1996.

Dans son premier rapport, également publié en 1996, le Groupe d'action ministériel sur les mesures visant à réduire la demande de drogues a reconnu qu'il existait un lien entre la consommation de drogues illicites et d'alcool, mais aussi de tabac. Selon lui, il était nécessaire de mettre en place une solution à long terme, cohérente et coordonnée, prenant en compte toutes les formes d'abus de substances, y compris l'alcool. Cependant, relevant que son mandat ne portait que sur la consommation abusive de substances illicites, et qu'une Stratégie nationale de lutte contre l'alcool avait déjà été adoptée, le Groupe d'action ministériel a limité ses recommandations aux drogues illicites. A la différence de la Stratégie nationale de lutte contre l'alcool, le Groupe d'action ministériel a formulé des recommandations détaillées sur les mesures structurelles à prendre pour lutter contre les drogues illicites. Ces mesures structurelles, visant à assurer la coordination et la mise en œuvre des politiques et des programmes de lutte contre les drogues aux niveaux national et local, sont toujours en place aujourd'hui³⁶.

En 2002, le Groupe d'action stratégique contre l'alcool a été créé³⁷. Il avait pour principale mission de recommander des mesures spécifiques scientifiquement fondées visant à prévenir et à réduire les méfaits de l'alcool en Irlande. S'agissant des modalités structurelles et financières, le groupe d'action stratégique a recommandé d'intégrer la question de l'alcool dans les travaux des groupes d'action sur les drogues (en l'absence de groupes d'action régionaux sur l'alcool), d'accroître les subventions et d'élargir la cible de financement de mécanismes tels que le Fonds de services et d'assistance pour les jeunes, qui ne s'intéressait jusqu'ici qu'aux jeunes exposés à la toxicomanie. En ce qui concerne la prévention et le traitement, le groupe stratégique a fait référence aussi bien à l'alcool qu'aux drogues.

8.4.4.1. Le groupe directeur

En 2005, le groupe directeur chargé de l'examen à moyen terme de la Stratégie nationale de lutte contre les drogues a accueilli positivement les recommandations du groupe d'action stratégique. Cependant, il a estimé qu'elles ne devaient être mises en œuvre que si les moyens étaient suffisants et si cela n'empiétait pas sur le budget alloué aux

36. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs, *First report of the ministerial task force on measures to reduce the demand for drugs*, Stationery Office, Dublin, 1996.

37. Strategic Task Force on Alcohol, *Interim Report*, Department of Health and Children, Dublin, 2002 ; Strategic Task Force on Alcohol, *Second Report*, Department of Health and Children, Dublin, 2004.

projets de lutte contre les drogues³⁸. Selon le groupe directeur, le renforcement des synergies entre les deux politiques à un niveau stratégique avait été freiné par l'absence de structures de gestion équivalentes du côté de la lutte contre l'alcool. Il a recommandé de créer un groupe de travail associant les principaux acteurs de la lutte contre l'alcool et les drogues afin d'examiner les possibilités d'améliorer la coordination et de renforcer les synergies entre les deux politiques, notamment au moyen d'une stratégie combinée. Ce groupe de travail s'est réuni fin 2006 sous les auspices du ministère de la Santé et de l'Enfance, et doit rendre son rapport.

Le groupe directeur a également observé que, si les politiques relatives à l'alcool et aux drogues étaient distinctes, il n'en allait pas de même des services proposés pour lutter contre la toxicomanie et l'alcoolisme. S'il était difficile de coordonner les actions visant à réduire l'offre, en raison du statut juridique différent des substances, le groupe directeur considérait que, compte tenu des liens avérés entre la consommation précoce d'alcool et la prise de drogues illicites, les lois relatives à la vente et à la fourniture d'alcool devaient être rigoureusement appliquées. La police (Gardaí) a également été chargée, dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre les drogues, de mener des actions visant à détourner les jeunes de la consommation impropre d'alcool et de drogues. En ce qui concerne la prévention, le groupe directeur a noté que la plupart des programmes d'enseignement abordaient la question de la consommation abusive de substances en général, et notamment l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Il a toutefois estimé que les campagnes de sensibilisation et leurs messages devaient rester distincts, afin qu'ils soient « ciblés et crédibles ».

En ce qui concerne le traitement, le groupe directeur a reconnu qu'avec le développement de la polytoxicomanie, de nombreux services de prise en charge des toxicomanes accueilleraient également des patients présentant des problèmes d'alcoolisme. Il a donc recommandé de rendre les traitements plus accessibles et d'élargir l'offre proposée. Dans un autre domaine, en 2006, le nouveau document d'orientation relatif à la santé mentale signalait que « les individus qui ne présentaient pas de troubles mentaux et dont le principal problème était l'abus de substances ne relevaient pas du domaine de compétence des services de santé mentale »³⁹. Cette approche se démarquait ainsi du Système interna-

38. Steering group for the mid-term review of the National Drugs Strategy, *Mid-term review of the National Drugs Strategy 2001-2008*, Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs, Dublin, 2005.

39. Expert Group on Mental Health Policy, *A vision for change*, Stationery Office, Dublin, 2006.

tional de classification de l'OMS, qui incluait la consommation abusive de substances (dépendance) dans la catégorie des troubles mentaux⁴⁰. D'après le document d'orientation relatif à la santé mentale, la prise en charge des personnes dépendantes de substances incombait désormais essentiellement à des services financés séparément par l'Administration des services de santé. Dans son Plan national sur les services 2007, l'Administration des services de santé a indiqué qu'à partir de 2007, la gestion des services de traitement de l'alcoolisme allait progressivement passer des services de santé mentale aux services d'insertion sociale, qui comprenaient déjà des services de traitement de la toxicomanie. Elle a en outre précisé qu'une étude serait réalisée pour déterminer la façon d'améliorer la coordination des services de traitement des troubles liés à l'alcool et aux drogues⁴¹.

8.4.4.2. Le Groupe de révision pour une politique sans tabac

En 2000, l'année où le groupe de révision a été invité à élaborer l'actuelle Stratégie nationale de lutte contre les drogues, le Groupe de révision pour une politique sans tabac, créé par le Gouvernement irlandais pour mener une étude fondamentale sur la santé et le tabac, a publié son rapport⁴². Selon ce dernier, la politique en vigueur depuis les années 1960, prévoyant des contrôles obligatoires et volontaires de l'air ambiant, un suivi des comportements dans les entreprises et une éducation sanitaire, n'était plus à même d'apporter de nouveaux progrès dans la réduction du tabagisme. Le groupe de révision a défini quatre objectifs stratégiques et un plan d'action, dans l'objectif ultime de réduire considérablement la consommation de tabac dans la société irlandaise et d'empêcher les enfants de commencer à fumer. Pour y parvenir, il était nécessaire de mettre en place un système de gestion adéquatement financé, dont le coût serait supporté par le secteur du tabac.

En 2001, conformément à une proposition formulée dans le rapport précité, l'Institut de recherche pour une société sans tabac a été créé en Irlande. L'objectif de cet institut est de former une communauté scientifique pluridisciplinaire engagée, dans une perspective de santé publique, dans la recherche sur tous les aspects touchant au tabac. Il couvre les disciplines suivantes : la chimie, la biochimie (notamment la toxicologie), les sciences économiques, le droit, les sciences compor-

40. Long, J., « New mental health policy distances its links with the addiction services », *Drugnet Ireland*, 18, 2006, p. 2006.

41. Pike, B., « HSE outlines plans for drug-related services in 2007 », *Drugnet Ireland*, 22, 2007, pp. 5-7.

42. Tobacco Free Policy Review Group, *Towards a tobacco free society*, 2000.

tementales (y compris le marketing et la publicité), l'éducation, l'actuariat, l'épidémiologie, la médecine et d'autres disciplines relevant de la santé. En 2002, pour favoriser la mise en œuvre des recommandations du groupe de révision, le gouvernement a adopté la loi relative à la santé publique (lutte contre le tabac), qui a institué le Bureau de surveillance du tabagisme. Cet organe officiel indépendant est chargé d'assister le ministère de la Santé et de l'Enfance, de mettre en place un programme national de surveillance, de veiller à l'application de la législation relative au tabac, de mener des recherches sur le tabac et d'en communiquer les résultats.

8.5. L'idéologie face aux données scientifiques

Dans une étude comparative portant sur l'évolution des politiques relatives à l'alcool et aux drogues en Irlande entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1990, Shane Butler a montré comment les attitudes culturelles influençaient les choix politiques⁴³. En effet, si les autorités sanitaires irlandaises adhéraient à l'approche de promotion de la santé préconisée par l'OMS, les politiques relatives aux drogues et à l'alcool n'ont pas convergé de manière à former « une politique unitaire, rationnelle ou fondée sur la recherche ». Elles ont plutôt évolué « en parallèle, les acteurs concernés poursuivant différents objectifs et la science et la recherche apportant, au mieux, une modeste contribution à chacun de ces domaines apparentés ».

Selon Butler, le maintien de la séparation entre les deux domaines relevait des attitudes culturelles : l'alcool était considéré comme un élément familier de la vie quotidienne irlandaise et comme « généralement inoffensif », tandis que les drogues illicites apparaissaient comme « effroyablement néfastes ». Pour Butler, l'arbitrage final revenait aux responsables politiques, plus qu'à tout autre acteur. Il concluait ainsi que jusqu'en 1996, les responsables politiques pensaient que les Irlandais n'étaient pas prêts à accepter ce qui aurait constitué un « changement paradoxal » : l'introduction simultanée de mesures plus sévères et plus paternalistes de lutte contre l'alcool, parallèlement à des politiques plus libérales ou du moins plus pragmatiques de lutte contre les drogues, tout cela au nom de la promotion de la santé.

43. Butler, S., « Drug problems and drug policies in Ireland : a quarter of century reviewed », *Administration*, 39/3, 1991, pp. 210-233 ; Butler, S., *Alcohol, drugs and health promotion in modern Ireland*, Institute of Public Administration, Dublin, 2002.

8.5.1. Les données de la recherche

A partir du milieu des années 1990, la production systématique de données et d'informations scientifiques a commencé à modifier la manière dont les décisions relatives aux drogues et à l'alcool étaient prises. Dans son rapport de 1997, le groupe d'action ministériel a recommandé la création d'un organe consultatif chargé d'étudier les causes et les effets de la consommation de drogues illicites, ainsi que les tendances et les évolutions internationales en la matière, de faire le bilan des actions accomplies et de formuler des conseils et des recommandations au gouvernement⁴⁴. En 2000, au terme d'une phase de développement de deux ans, le Comité consultatif national sur les drogues a été créé afin de traiter de la prévalence, de la prévention, du traitement, de la réinsertion et des conséquences de la consommation de drogues. A ce jour, il a publié plus de quarante rapports.

En 1990, le Conseil de recherches sur la santé (CRS) a mis en place un système d'information sur le traitement des problèmes liés aux drogues, qui a été appliqué à l'ensemble du pays en 1995. En 1996, les données obtenues grâce à ce Système national d'information sur le traitement des problèmes liés aux drogues ont permis d'identifier les 13 zones couvertes par les groupes d'action locaux sur les drogues⁴⁵. Depuis 2004, le système national d'information a été étendu à l'alcool, considéré comme le principal problème de santé publique, aux côtés des drogues illicites et licites. En 2005, le CRS a créé l'Indice national de mortalité liée à la drogue, qui couvre également les décès liés à l'alcool depuis 2004. En 2006, le CRS a rebaptisé la Division de recherche sur la consommation abusive de drogues, qui gérait les deux bases de données épidémiologiques, en Unité de recherche sur l'alcool et les drogues, et a recruté un responsable des recherches sur l'alcool. En l'espace d'un an, le CRS a été en mesure de publier son premier rapport sur l'alcool, *Health-related consequences of problem alcohol use*⁴⁶. Ce rapport invitait notamment, dans ses conclusions, à renforcer la coordination des services de traitement des problèmes liés à l'alcool et aux drogues.

A partir de 1995, une série d'enquêtes nationales portant sur le style de vie et l'état de santé des Irlandais, notamment au regard de la consom-

44. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs, *Second report of the ministerial task force on measures to reduce the demand for drugs*, Stationery Office, Dublin, 1997.

45. Sinclair, H., *Drug treatment demand data : influence on policy and practice*, Council of Europe, Strasbourg, 2006.

46. Mongan, D., Reynolds, S., Fanagan, S. et Long, J., *Health-related consequences of problem alcohol use*, Overview 6, Health Research Board, Dublin, 2007.

mation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, ont commencé à être menées en Irlande, tant auprès de la population générale que de la population d'âge scolaire⁴⁷. Ayant été renouvelées à deux ou trois reprises, ces enquêtes commencent aujourd'hui à donner des informations précises sur la nature des substances consommées et sur les tendances relatives à la prévalence de cette consommation.

8.5.2. Le développement de politiques fondées sur des connaissances scientifiques

8.5.2.1. Alcool

Face à cette masse croissante de données et d'études, les responsables politiques irlandais ont été de moins en moins réticents à renforcer les liens entre les politiques relatives aux drogues et à l'alcool. A titre d'exemple, achevés courant 2005, la plupart des stratégies et des plans d'action élaborés par les premiers groupes d'action régionaux sur les drogues ont porté aussi bien sur l'alcool que sur les drogues⁴⁸.

En juillet 2006, une Commission parlementaire mixte, composée de membres des chambres hautes et basses du parlement, a publié un rapport sur les possibilités de combiner les politiques nationales relatives aux drogues illicites et à l'alcool⁴⁹. Le rapport prenait acte des

47. Friel, S. *et al.*, *The national health and lifestyle surveys : survey of lifestyle, attitudes and nutrition (SLAN) & the Irish health behaviour in school-aged children survey (HBSC)*, National University of Ireland, Galway, 1999 ; Hibell, B. *et al.*, *The 1995 ESPAD report : alcohol and other drug use among students in 26 countries*, The Swedish Council for Information on alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Stockholm, 1997 ; Hibell, B. *et al.*, *The 1999 ESPAD report : alcohol and other drug use among students in 30 countries*, The Swedish Council for Information on alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Stockholm, 2000 ; Hibell, B. *et al.*, *The 2003 ESPAD report : alcohol and other drug use among students in 35 countries*, The Swedish Council for Information on alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Stockholm, 2004 ; Kelleher, C. *et al.*, *National health and lifestyle surveys : survey of lifestyle, attitudes and nutrition (SLAN) and the Irish health behaviour in school-aged children survey (HBSC)*, Department of Health and Children, Dublin, 2003 ; Nic Gabhainn, S. *et al.*, *The Irish health behaviour in school-aged children (HBSC) study 2006*, Department of Health and Children, Dublin, 2007.

48. Pike B., « RDTF strategies push out the boundaries », *Drugnet Ireland*, 20, 2006, pp. 11-12.

49. Joint Committee on Arts, Sport, Tourism, Community, Rural and Community Affairs, *The inclusion of alcohol in a national substance misuse strategy*. Ninth Report, Houses of the Oireachtas, Dublin, 2006.

travaux de recherche et des informations disponibles sur l'ampleur et la nature du problème de l'alcool en Irlande, sans toutefois les présenter en détail. Il faisait simplement observer que « les mêmes arguments ont été ressassés *ad nauseam* ; or il semble qu'à ce jour aucune réponse durable fondée sur des données scientifiques n'ait été apportée dans ce domaine ». Le rapport faisait une différence, s'agissant de la lutte contre l'alcoolisme, entre les politiques populaires (éducation, diversion et traitement des personnes dépendantes) et les politiques efficaces (mesures fiscales visant à augmenter le prix des boissons alcoolisées, restrictions appliquées aux magasins, aux horaires de vente, à la publicité et à la promotion de l'alcool).

S'agissant des réticences qu'avaient eues, par le passé, les responsables politiques irlandais à mettre en œuvre ces politiques « efficaces », le rapport avançait deux raisons principales. Premièrement, ces mesures étaient perçues comme une menace pour les fabricants de boissons, qui contribuait non seulement au bien-être économique du pays, mais disposaient aussi de relations bien établies dans la sphère politique irlandaise ; deuxièmement, ces mesures visaient les consommateurs d'alcool dans leur ensemble, plutôt que des sous-groupes, tels que les alcooliques, les gros consommateurs d'alcool ou les jeunes, ce qui équivalait à un suicide électoral.

Le rapport constatait ensuite que le soutien de la population au contrôle de la consommation d'alcool allait croissant et citait à l'appui un sondage d'opinion réalisé en 2006 par le groupe de pression Alcohol Action Ireland. Ce sondage révélait en effet que la plupart des personnes interrogées avaient conscience du problème de l'alcool en Irlande et convenaient que la lutte contre ce fléau impliquait un changement dans les attitudes culturelles des Irlandais vis-à-vis de l'abus d'alcool et de l'ivresse. Seule une faible minorité de personnes interrogées (26 %) était d'avis que le gouvernement en faisait assez pour lutter contre ce problème⁵⁰.

Le rapport concluait que si de telles mesures préventives n'avaient pas été appliquées, cela n'était pas tant dû à l'absence de volonté politique qu'à une raison « quelque peu plus prosaïque » : aucune structure de gestion n'était en place pour mettre en œuvre les recommandations formulées dans la pléthore de stratégies et de rapports élaborés depuis 1996. Ainsi, bien qu'une « politique nationale intégrée de lutte contre l'alcool », telle que la préconisait l'OMS depuis plusieurs dizaines d'années, eût représenté la formule idéale, une solution moins ambitieuse

50. Sinclair, H., « Public attitudes to alcohol in Ireland : a recent survey », *Drugnet Ireland*, 18, 2006, p. 10.

et plus réalisable a été proposée. Il s'agissait en effet d'inscrire l'alcool à l'ordre du jour de l'actuelle Stratégie nationale de lutte contre les drogues. Cette option présentait plusieurs avantages : elle pouvait être mise en œuvre rapidement, des économies d'échelle pourraient être réalisées et le programme en cinq volets (réduction de l'offre, prévention, traitement, réinsertion et recherche) offrirait un cadre idéal pour traiter de la question de l'alcool.

La Commission parlementaire mixte n'a pas préconisé d'inclure l'alcool dans la Stratégie nationale de lutte contre les drogues. En revanche, elle a recommandé de « l'inclure dans une nouvelle stratégie nationale de lutte contre l'abus de substances. Cela aura pour effet de renforcer la politique de lutte contre l'alcool au niveau gouvernemental et répondra ainsi à la demande croissante du public pour une réponse politique cohérente aux problèmes liés à l'alcool ». Dans l'avant-propos du rapport, Cecilia Keaveney, députée et présidente de la Commission parlementaire mixte, a expliqué que la commission avait remplacé le terme de « drogue » par « substance » parce qu'« elle n'était pas disposée à classer l'alcool aux côtés de l'héroïne et de la cocaïne, avec tout ce que cela comportait ».

Le 5 octobre 2007, Pat Carey, député et ministre d'Etat chargé de la Stratégie nationale de lutte contre les drogues, a fait la déclaration suivante concernant les politiques de lutte contre l'alcool et les drogues :

« Alors que j'envisage actuellement une nouvelle Stratégie nationale de lutte contre les drogues [attendue en 2009], j'ai conscience que les problèmes liés à l'alcool peuvent parfois se poser en terme de dépendance. Je suis ouvert à toute proposition concernant les modalités de mise en œuvre de la nouvelle stratégie, sachant qu'il sera assurément possible de renforcer les synergies entre la politique adoptée pour lutter contre les drogues illicites et celle qui concerne l'alcool. Même s'il s'agit de problèmes différents, en termes de légalité, d'attitudes et de degré de généralisation, les approches de la prévention, de la recherche et du traitement peuvent, à mon avis, présenter des similarités. »⁵¹

8.5.2.2. Tabac

Créée en 1997, la Commission parlementaire mixte sur la santé et l'enfance a décidé de procéder à un tour d'horizon complet de la politique de lutte contre le tabac et de la législation en vigueur dans ce

51. Carey, P., Speech by Minister of State Pat Carey TD at the opening of the "Getting a Grip Conference – Winning or Losing", held in Killarney, Co. Kerry, 5 octobre 2007.

domaine⁵². Cela faisait non seulement dix ans que la législation relative au tabac n'avait pas été examinée au sein du parlement, mais, entre-temps, « une volumineuse documentation remontant à plusieurs dizaines d'années, tirée d'archives, de rapports et d'études appartenant aux grandes compagnies de tabac, a été mise à jour aux Etats-Unis ». S'agissant des études et des informations actuelles, la commission a demandé que « des informations et des données fiables et actualisées soient mises à sa disposition afin d'évaluer l'impact et l'efficacité des initiatives proposées ». Elle a également demandé que ses pouvoirs contraignants relatifs à la divulgation d'informations soient étendus, de façon à « avoir accès à l'ensemble des études financées par les compagnies de tabac, ou sur lesquelles elles se sont appuyées pour vendre des cigarettes en Irlande, ainsi qu'à tous les documents internes pertinents relatifs à ces études ».

Ayant analysé les données scientifiques disponibles relatives au contenu des cigarettes, aux effets du tabac sur la santé, à l'industrie du tabac, à la consommation de tabac et aux maladies causées par le tabac en Irlande, le Groupe de révision pour une politique sans tabac, créé à la suite de la présentation du rapport de la Commission parlementaire mixte en 1999, a décrit comme suit les effets nocifs du tabac : « Le tabac n'est pas un produit de consommation parmi d'autres, qui aurait de regrettables effets nocifs. Lorsqu'il est utilisé comme le souhaitent les fabricants, ce produit entraîne une dépendance, suivie de maladie et d'une mort prématurée. » Le groupe de révision a par conséquent indiqué qu'une « société sans tabac » était l'objectif le plus indiqué, l'interdiction n'étant toutefois pas une solution :

« Si le tabac apparaissait pour la première fois aujourd'hui, sa vente ne serait pas autorisée. [...] Cependant, il est consommé depuis plusieurs siècles en Irlande [...] Si une interdiction totale du tabac a été demandée, ce que nous comprenons, elle n'est pas réalisable pour le moment en raison du nombre élevé de personnes dépendantes et de la disponibilité immédiate des produits du tabac dans les pays voisins. Une interdiction totale entraînerait, selon nous, l'émergence d'un immense marché noir de produits de contrebande, avec la criminalité qui y est associée. »⁵³

52. Joint Committee on Health and Children, *A national anti-smoking strategy – a report on health and smoking*, Houses of the Oireachtas, Dublin, 1999 ; Joint Committee on Health and Children, *Second interim report of the sub-committee on health and smoking*, Houses of the Oireachtas, Dublin, 2001.

53. Tobacco Free Policy Review Group, *Towards a tobacco free society*, 2000.

9. Passage des politiques spécifiques sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues à une politique unique sur les substances psychotropes : le cas du Luxembourg

Sophia Lopes da Costa, psychologue, Point focal luxembourgeois de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

9.1. Contexte historique et géopolitique du Grand-duché de Luxembourg

Le Luxembourg est un des plus petits pays d'Europe, avec une superficie totale de 2 586 kilomètres carrés qui s'étend sur une distance maximale de 82 kilomètres du nord au sud et de 57 kilomètres d'est en ouest. Situé entre la Belgique, l'Allemagne et la France, les langues véhiculées sont le luxembourgeois, le français et l'allemand. L'enseignement est donné dans ces trois langues, les langues officielles sont le luxembourgeois et le français (le français étant la langue administrative et judiciaire, et l'allemand la langue utilisée dans la presse écrite notamment). D'un point de vue administratif, le territoire est divisé en 3 districts, 12 cantons, 118 communes et 4 circonscriptions électorales.

« Etat démocratique, libre, indépendant et indivisible », le Luxembourg est une démocratie parlementaire sous forme d'une monarchie constitutionnelle. De façon générale, ce type de régime politique reconnaît un monarque héréditaire comme chef de l'Etat, mais les pouvoirs de ce dernier sont limités par une norme juridique supérieure, une Constitution, à laquelle le chef de l'Etat est soumis, à l'instar des autres pouvoirs. Le Grand-Duc exerce une fonction centrale et essentielle, et son action respecte à la lettre la maxime selon laquelle « le Souverain règne mais ne gouverne pas ».

Le pouvoir législatif luxembourgeois est monocaméral. Le parlement est constitué de la Chambre des députés qui compte 60 sièges. Ses membres sont élus au suffrage universel pour un mandat de cinq ans. A la suite des élections parlementaires, le leader du parti ou de la coalition majoritaire est nommé Premier ministre par le souverain, pour

un mandat de cinq ans. Le Premier ministre est le chef du gouvernement⁵⁴. Il détient le pouvoir exécutif, qui comprend l'exécution de la loi et la direction des affaires courantes du pays. Une seconde institution, appelée Conseil d'Etat, est nommée par le Grand-Duc (composé de 21 citoyens ordinaires recommandés par le Premier ministre), le Conseil d'Etat conseille la Chambre des députés dans la rédaction de la législation. Le Grand-Duc a le pouvoir constitutionnel pour dissoudre le parlement et en réinstaurer un nouveau. Le Premier ministre ne peut que recommander sa dissolution au Grand-Duc. Le pouvoir législatif appartient à la fois au parlement et au gouvernement. Chaque année le gouvernement fait une déclaration sur la situation économique, sociale et financière du pays ainsi qu'une déclaration annuelle de politique étrangère. Le budget des recettes et des dépenses est voté annuellement⁵⁵.

9.1.1. Population⁵⁶

Le Luxembourg compte approximativement 480 000 habitants. En trente ans, la population de résidence s'est accrue de quelque 120 000 personnes. Comparé à des pays voisins ou proches, cette croissance démographique est assez exceptionnelle, et s'explique par la place prépondérante prise par l'immigration. En moyenne annuelle, le solde migratoire au Luxembourg était de plus de 10‰ au cours de la décennie 1990-2000 (alors que dans l'Europe des 15 le chiffre correspondant était d'environ 2,3‰). Moins des deux tiers de la population est constituée de Luxembourgeois et un peu plus d'un tiers d'étrangers. Le Luxembourg connaît un grand brassage de nationalités différentes, majoritairement européennes (dont portugaise, italienne, française...).

Depuis 1983, l'emploi intérieur n'a fait qu'augmenter, surtout en raison d'un apport considérable de travailleurs frontaliers qui occupent plus d'un tiers des postes au Luxembourg. Le chômage, resté longtemps marginal avec des taux en dessous de 3%, a connu une forte progression depuis le deuxième semestre de 2002. Le taux de chômage a dépassé les 4% en 2007.

54. Le gouvernement actuel, issu des élections législatives du 13 juin 2004, sous la présidence de Jean-Claude Juncker, est un gouvernement de coalition entre le Parti chrétien-social (CSV) et le Parti ouvrier socialiste luxembourgeois (LSAP). Le gouvernement actuel a été assermenté le 31 juillet 2004. Il est composé de 15 membres de gouvernement, dont un Premier ministre, un Vice-Premier ministre et 11 ministres, un ministre délégué et une secrétaire d'Etat. Le 31 juillet 2004, S.A.R. le Grand-Duc a signé les arrêtés grand-ducaux relatifs à la formation du gouvernement.

55. Voir <http://www.gouvernement.lu/>.

56. <http://www.statec.public.lu/fr/index.html>.

9.2. Données empiriques disponibles sur les drogues

Les « sciences » et l'approche scientifique sont des disciplines relativement récentes au Luxembourg. Les premiers centres de recherche publics ont été créés depuis tout juste vingt ans (en 1987), et ont (dès leur création) été financés par différents ministères. Les centres furent créés dans divers domaines, à savoir la santé, la recherche scientifique appliquée et le développement technologique, ainsi que le développement d'innovations dans divers domaines. L'université du Luxembourg n'existe, quant à elle, que depuis 2003. Avant cette date, des cours postsecondaires étaient proposés dans divers domaines, mais n'aboutissaient pas à une formation académique complète. Ce manque de données empiriques dans le domaine des drogues notamment a été comblé par l'implémentation d'un point focal d'informations, d'abord basé au ministère de la Santé, puis intégré au Centre de recherche public de la santé (CRP-Santé).

Cette évolution a également abouti à la création d'un réseau national d'information sur les stupéfiants, les substances psychotropes et les toxicomanies, connu sous le nom de RELIS. Ce réseau a été établi en 1993, et est maintenu depuis lors par le point focal national afin de fournir des données fiables à l'OEDT. RELIS repose sur un réseau d'information multisectoriel incluant les centres nationaux de traitement spécialisés (ambulatoire et résidentiel), les centres de consultation, les hôpitaux généraux, ainsi que les instances judiciaires et pénales compétentes. Cette base de données nationale, annuellement mise à jour, permet notamment :

- de situer la prévalence, l'incidence et l'évolution de l'usage problématique de drogues au niveau national ;
- de suivre des profils de trajectoires institutionnelles des demandeurs de soins ;
- de servir de support scientifique et de base de données pour l'activité de recherche ;
- d'évaluer les tendances nouvelles et l'impact de certaines interventions sur les comportements et caractéristiques de la population d'usagers problématiques de drogues et de faciliter le processus décisionnel au niveau politique lors de la mise en place de plans d'action et de stratégies d'intervention en matière de lutte contre la toxicomanie⁵⁷.

57. Origer, A., *L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg (RELIS)*, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg, 2007.

RELIS représente principalement un réseau d'information, mais avant tout un réseau humain constitué d'intervenants du milieu ainsi que d'experts issus d'organisations (gouvernementales et non gouvernementales) spécialisées dans le phénomène des drogues.

A ce jour, aucune enquête représentative sur la prévalence de la consommation de produits licites ou illicites en population générale n'a été menée au Luxembourg. Néanmoins, une étude multiméthodes de prévalence de l'usage problématique de drogues a été conduite en 2000⁵⁸ et fournit un taux de prévalence de 8,42 usagers problématiques de drogues pour 1 000 habitants âgés entre 15 et 64 ans.

De plus, diverses études de populations cibles dans des sous-groupes (le plus souvent dans la population scolaire) ont été menées. Ci-dessous, figure un tableau non exhaustif d'études menées au Luxembourg ces dix dernières années (pour une description plus détaillée, consulter le rapport national « L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg », accessible en ligne sous <http://www.relis.lu>). Le Luxembourg a rejoint le réseau HBSC et les résultats de la dernière étude (la seconde pour le pays) seront disponibles prochainement.

D'autres études ont été menées ces 15 dernières années, et la plus récente (une recherche-action) a été menée par le point focal dans le but d'évaluer la prévalence des hépatites A, B, C et du HIV au sein des usagers problématiques (injecteurs) de drogues illicites. Le but étant d'augmenter le taux de vaccinations au sein de la population, ainsi que de mobiliser les sujets infectés vers une prise en charge adéquate.

58. Origer, A., *Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite – Etude comparative multiméthodes 1997-2000*, Séries de recherche n° 2, Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxembourg, 2001.

Tableau 9.1 – Etudes menées au Luxembourg sur l’usage des drogues (1995-2003)

Année	Auteurs	Etude	Description
1995	Matheis, J. <i>et al.</i>	<i>Schüler und Drogen/ Les élèves et les drogues</i>	Questionnaires auto-administrés auprès d’élèves de 16-20 ans sur la consommation de drogues
1996	Dickes, P., Houssemand, CL., Martin, R.	<i>La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6^{es} de l’enseignement secondaire et des 8^{es} de l’enseignement professionnel et technique</i>	Questionnaires auto-administrés auprès d’élèves de 13-16 ans sur l’usage licite et illicite de drogues
1998	Fischer, U., Krieger, W.	<i>Suchtprävention an der Gemeng/Prévention des dépendances dans la commune</i>	Questionnaires auto-administrés (échantillon composé d’habitants de diverses communes âgés de 12-60 ans)
2000	Fischer, U.	<i>Cannabis in Luxembourg – Eine Analyse der aktuellen Situation/Le Cannabis au Luxembourg – Analyse de la situation actuelle</i>	Echantillon d’âge entre 15-64 ans
2001	Origer, A.	<i>Estimation de la prévalence nationale de l’usage problématique de drogues à risque élevé et d’acquisition illicite</i>	
2003		<i>Etude HBSC</i>	

9.3. Politique nationale en matière de toxicomanie

Plusieurs ministères sont impliqués en matière de drogues et de toxicomanies : ministère de la Santé, ministère de la Justice, ministère de l’Education nationale et de la Formation, ministère de la Famille et de l’Intégration, ministère de la Solidarité sociale, ministère des Affaires étrangères et de l’Immigration.

Le Groupe interministériel drogues (GID) assure la coordination des actions politiques des divers ministères, en concertation avec le coordinateur national drogues (qui est également président du groupe interministériel), les délégués du Parquet général, la Direction de la Police grand-ducale, la Direction des douanes et accises, le Service national de la jeunesse ainsi qu'avec le Centre de prévention des toxicomanies. Le coordinateur national drogues (désigné par le ministre de la Santé en 2000 pour ses connaissances et son expérience de longue date dans le domaine des drogues) est responsable de la coordination du travail de réduction de demande et de risques liés à la drogue. Il est le correspondant permanent aux niveaux national et international en matière de drogues. Les réunions du GID se tiennent quatre à six fois par an afin de suivre l'application des stratégies nationales et plans d'action, ainsi que de superviser les activités de terrain. Le GID fonctionne en tant qu'organe de concertation, avec le pouvoir de donner des avis.

La politique nationale se base sur une stratégie et un plan d'action élaborés conjointement par le ministère de la Santé, la Direction de la santé, la cellule de coordination « Drogues ». Le plan d'action actuel (2005-2009) fait suite à un premier plan (2000-2004)⁵⁹ dont la réduction de la demande se conçoit dans le développement de mesures de prévention primaire, de structures de prise en charge et de mesures de réinsertion complémentaires dont l'élaboration repose sur les acquis des expériences antérieures et des faits d'observation scientifique, conformément au principe arrêté lors de la préparation de la stratégie antidrogues de l'UE 2005-2012⁶⁰.

9.4. Coopération internationale et évolution des lois sur les substances illicites

Comme évoqué plus haut, un point focal a été créé en 1993 dans le but de fournir des informations à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies. Le Luxembourg est membre fondateur du Conseil de l'Europe et fait partie du Groupe Pompidou depuis sa création.

Le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants (voir plus loin FLTS) coopère avec l'Office des Nations Unies contre les drogues et le crime (et finance de façon systématique les projets de l'Office). La convention unique des Nations Unies du 30 mars 1961 a été adoptée au Luxembourg le 3 juillet 1972 et s'est concrétisée par la loi antidrogue

59. Voir tableau 9.3 à la fin de ce chapitre.

60. CORDROGUE, p. 53.

(loi de base) du 19 février 1973. Cette loi ne faisait pas de distinction entre les différents types de drogues au niveau des infractions. En d'autres termes, la consommation, la vente, la détention et la culture sont interdites et passibles de poursuites pénales lourdes.

En 1993 ont eu lieu les premiers débats de dépenalisation du cannabis et autres substances illicites (propositions de lois toutes rejetées) qui n'a cependant jamais eu lieu, mais qui a mené à une modification de ladite loi de base en 2001. Depuis lors, une distinction entre produits est faite lors de perquisitions et arrestations, ainsi qu'une différence entre possession pour consommation ou pour trafic. Les peines et amendes appliquées ne sont plus les mêmes, et varient selon la nature du délit, et la nature du produit. Avant cette modification de loi en 2001, la simple possession d'une petite quantité d'un produit illicite était punie sévèrement et aucune différence n'était faite entre consommateur et trafiquant.

En 1992, la convention de Vienne de 1988 a été adoptée au Luxembourg, et le Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants (FLTS) est né. Toutes les sommes d'argent saisies dans le cadre de la lutte contre la drogue sont transférées à ce fonds. Le fonds de lutte finance quelques centres de prise en charge thérapeutiques, ainsi que le centre de prévention.

La Convention du Conseil de l'Europe relative au blanchiment, au dépistage, à la saisie et à la confiscation des produits du crime a été adoptée à Strasbourg le 8 novembre 1990, et approuvée en droit national par la loi du 14 juin 2001.

9.5. Concrétisations au niveau de la prise en charge et de la prévention

Au Luxembourg, comme dans la plupart des pays en Europe, les drogues ont connu leur essor vers la fin des années 1960. Vingt ans plus tard (début des années 1980) les premières structures d'aide et de consultations spécifiques à la problématique de drogues firent leur apparition. La première structure de prise en charge, à savoir « Jugend an Drogenhëllef »⁶¹ créée en 1983 reflète bien la philosophie de l'époque. Le public cible était en effet majoritairement jeune, et la prise en charge était essentiellement axée sur la monoconsommation de drogues (dures ou légères, héroïne ou cannabis). Aujourd'hui la

61. Traduit par « Aide aux jeunes et aux drogues », sous-entendant une aide aux problèmes des jeunes dont les problèmes de drogues.

population cible est non seulement plus âgée, mais la problématique a également fort changé. La polyconsommation de drogues licites ou illicites est de plus en plus systématisée. La prise en charge n'est plus axée sur le produit proprement dit, mais plutôt sur la conduite addictive et le comportement de consommation. Les programmes de prises en charge thérapeutiques sont très axés sur la socialisation et la mobilisation des capacités de l'individu.

Parallèlement, en réponse à la situation sociale dépassant les limites thérapeutiques, et à la suite de la mise en œuvre de plans nationaux de lutte contre la drogue (le premier en 2000-2004, le deuxième pour 2005-2009), des structures à bas seuil ont vu le jour et en 2005. La première salle de consommation a ouvert ses portes non loin de la gare ferroviaire de la capitale, lieu de passage et de concentration de la scène des consommateurs de drogues⁶². Etant donné la demande de traitements à des addictions multiples (ou à des produits multiples), le concept plus holistique de « dépendance », ou « addiction », est de plus en plus fréquent dans la prise en charge. De plus, la prise de conscience de problématiques moins axées sur les produits fait surface. Des groupes d'aide tout comme des associations ciblant la dépendance aux médicaments ou l'addiction aux jeux comme la récente « Anonym Glécksspiller » ou l'association de « Joueurs pathologiques anonymes », créée en 2003 par un ancien joueur pathologique, est une illustration de l'évolution des services du soins mais aussi du concept « d'addiction » au Luxembourg.

Ce changement au niveau de la prise en charge (services à bas seuil, salles de consommation) témoigne de l'évolution de toute la problématique liée aux drogues et de la politique nationale en matière de drogues : d'une prise en charge axée sur l'abstinence totale (trop souvent vouée à l'échec), vers une offre plus diversifiée et accessible.

La stratégie nationale en matière de prévention ne cible pas exclusivement les drogues illicites, mais tente de cerner tous les comportements addictifs. Les drogues illicites bien sûr, mais aussi l'alcool et le tabac. Il existe des projets de prévention pour chaque type de dépendance, organisés par différents organismes (centre de prévention de la toxicomanie, pour les substances illicites), sécurité routière (campagnes contre l'alcool au volant), ligue contre le cancer (contre le tabagisme), etc.

62. Cette structure fermée et supervisée par des professionnels de la santé permet aux usagers de disposer d'ustensiles stériles et à usage unique, et de pouvoir préparer et s'injecter leurs produits à l'abri des regards du grand public, et en toute sécurité. De plus, le personnel formé aux gestes de premier secours est apte à intervenir en cas d'accident (de surdoses principalement).

9.6. Changements récents au niveau de la législation

D'un point de vue législatif, on distingue clairement différentes lois, pour chaque substance ou groupe de substances. En revanche, on assiste ces dernières années à des modifications plus fondamentales s'opérant parfois simultanément pour plusieurs produits.

Le dernier exemple en date concerne le changement du Code de la route (depuis le 18 septembre 2007), baissant le taux d'alcoolémie de 0,8‰ à 0,5‰ et 0,2‰ pour les jeunes conducteurs et les conducteurs respectivement. Simultanément a été introduit le dépistage par les forces de l'ordre de drogues illicites de tout conducteur ou piéton impliqué dans un accident. Ces mesures ont été prises après avoir constaté que la vitesse et l'alcool au volant sont à l'origine de plus de la moitié des accidents mortels. Concernant les condamnations judiciaires, 45 % ont été prononcées pour cause d'alcool au volant. L'alcool au volant est la première cause des problèmes (accidents et décès) sur les routes au Luxembourg. La consommation nationale d'alcool atteint des taux très élevés (néanmoins les chiffres officiels ne reflètent pas la réalité car ils sont biaisés par de nombreux acheteurs résidant dans les pays frontaliers, qui préfèrent s'approvisionner en alcool et en cigarettes sur le sol luxembourgeois, en raison des taxes moins élevées).

Il est important de signaler qu'au Luxembourg aucun plan d'action sur l'alcool n'est en vigueur, contrairement à d'autres pays européens. Ces mesures sont une suite logique des mesures prises l'année précédente et de la déclaration gouvernementale de 2004 mettant l'accent sur les risques de consommation de boissons alcooliques mélangées (alco-pops) et la prévalence accrue de leur consommation par les jeunes. Un groupe de travail spécifique du ministère de la Santé a proposé des mesures supplémentaires afin de réduire la consommation d'alcool et d'alco-pops. Les mesures prises en 2006 ont été une augmentation importante des taxes perçues sur les alco-pops (depuis le 1^{er} janvier 2006), l'interdiction de vente ou d'offre de boissons alcooliques à tout mineur de moins de 16 ans (depuis le 22 décembre 2006).

La loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac restreint la publicité sur le tabac et ses produits, interdit de fumer dans certains lieux et prohibe la mise sur le marché des tabacs à usage oral.

9.2 – Tableau chronologique reprenant les lois selon les substances au Luxembourg (1973-2007)

Année	Substance	Loi
19.02.1973	Substances médicamenteuses	Loi de base concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie
27.04.2001	Cannabis Substances médicamenteuses	Modifie la loi de base du 19.02.1973 en décriminalisant l'usage du cannabis et en améliorant la différenciation des pénalités liées aux différents délits et la nature des substances contrôlées impliquées
01.01.2006	Alcool	Augmentation des taxes perçues sur les alco pops
11.08.2006	Tabac	Interdiction de toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ainsi que le parrainage
11.08.2006	Tabac	Interdiction de fumer dans les lieux publics dont : hôpitaux, établissements publics, restaurants, débits de boissons (cafés) servant des plats (dans ces derniers l'interdiction est valable aux heures de table uniquement ; 12h-14h et 19h-21h)
11.08.2006	Tabac	Interdiction de vente et du libre accès aux appareils automatiques délivrant du tabac aux mineurs de moins de 16 ans
22.12.2006	Alcool	Interdiction de vente ou d'offre de boissons alcooliques à tout mineur de moins de 16 ans
18.09.2007	Alcool	Baisse du taux d'alcoolémie toléré chez les conducteurs (passe de 0,8 ‰ à 0,5 ‰ et 0,2 ‰ pour les jeunes conducteurs et les conducteurs professionnels)
18.09.2007	THC STA Cocaïne Opiacés	Dépistage de drogues illicites de tout conducteur ou piéton impliqué dans un accident. Seuils maximaux tolérés : <ul style="list-style-type: none"> - 2 ng/ml de tetrahydrocannabinol (THC) - 50 ng/ml d'amphétamines - 50 ng/ml de cocaïne - 20 ng/ml d'opiacés

9.3 – Stratégies et plans d'action de lutte contre les drogues et la toxicomanie au Luxembourg

2000-2004	Drogues et Toxicomanie	<p>Plan d'action reposant sur les piliers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - structures à bas seuil - réseau de prise en charge et de traitement - structures post-thérapeutiques/ Réinsertion socioprofessionnelle - recherche et <i>monitoring</i> épidémiologique - prévention primaire
2005-2009	Drogues et Toxicomanie	<p>Plan d'action reposant sur les 2 piliers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction de la demande - réduction de l'offre <p>Et sur les 4 axes transversaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction des risques, dommages et nuisance - recherche et information - relations internationales - mécanismes de coordination

9.7. En guise de conclusion

Bien que le concept plus holistique d'addictions soit intellectuellement accepté par la plupart des acteurs politiques, ainsi que par l'opinion publique au Luxembourg, la prévention, le traitement et la législation opèrent une séparation claire entre alcool, tabac et drogues illicites. Une distinction en termes de lois, mais également en termes de traitement et de prévention, perdurera probablement encore longtemps.

Ces dernières années, la prise de conscience d'une nécessité de développer des instruments concrets pour faire face aux problématiques de dépendance s'est fait sentir, tant de la part des dirigeants politiques que de la part de la population. La mise en place des plans d'action nationaux y a fortement contribué, et permettra à l'avenir de consolider les efforts des différents organismes impliqués.

10. Passage des politiques spécifiques sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues à une politique unique sur les substances psychotropes : le cas des Pays-Bas

Mirjam van Keulen et Dike van de Mheen, Institut de recherches sur la toxicomanie, Rotterdam

10.1. Les politiques de drogues

Les Pays-Bas ont des politiques spécifiques pour l'alcool, le tabac et les autres drogues. La politique nationale néerlandaise fait la distinction entre ces substances psychotropes et définit différents objectifs principaux. De cette façon elle tient compte des différences entre les risques pour la santé que présentent ces substances et de la manière dont chacune est acceptée socialement.

Les objectifs principaux et les mesures prises pour ces substances sont :

- alcool : de stimuler la baisse de la consommation d'alcool et de limiter le risque de problèmes liés à l'alcool dans des situations spécifiques ;
- drogues : de prévenir et de limiter les risques de la consommation de drogues pour les individus, leur environnement immédiat et la société ;
- tabac : de dissuader les gens de fumer et de protéger les non-fumeurs.

La prévention des risques pour la santé et des conséquences négatives pour la société est le point fort de la politique des Pays-Bas en matière d'alcool, de drogues et de tabac. Mais si le principal centre d'intérêt de sa politique est la santé publique, le Gouvernement néerlandais accorde aussi une grande attention à la criminalité, à l'ordre public, à la sécurité du trafic, à l'absentéisme dû à la maladie et à l'incapacité de travailler.

10.2. Contexte : les Pays-Bas

Pour comprendre la politique néerlandaise en matière de drogues, il importe de connaître certaines caractéristiques de la société néerlandaise. Les Pays-Bas sont l'un des pays à plus forte densité de population du monde et l'un des plus urbanisés. Le pays compte près de 16,5 millions d'habitants, soit presque 400 habitants par kilomètre carré. Les Pays-Bas sont depuis longtemps un pays de commerce, avec une ville comme Rotterdam, qui est le plus grand port de mer du monde, et un secteur transport particulièrement développé.

La population néerlandaise attache une grande valeur à la liberté individuelle. On attend du gouvernement qu'il agisse avec retenue sur les questions de religion et les questions morales. Une discussion franche et publique sur des problèmes tels que la consommation de drogues est caractéristique de la société néerlandaise. Les citoyens néerlandais attachent aussi une grande valeur à la protection du bien public. Les Pays-Bas ont donc un système social très développé et un accès facile aux services médicaux et au système éducatif.

10.3. Drogues

Pour reprendre le rapport du National Drug Monitor (NDM) 2006, quatre objectifs principaux déterminent la politique nationale en matière de drogues aux Pays-Bas⁶³ :

- prévenir la consommation de drogues, soigner et désintoxiquer les toxicomanes ;
- réduire les risques pour les usagers ;
- lutter contre la production et le trafic de drogues ;
- diminuer les nuisances occasionnées par les toxicomanes (qui troublent l'ordre public et la sécurité du quartier).

La politique néerlandaise en matière de drogues propose avant tout la protection de la santé et la réduction des risques.

« Contrairement à la production, au trafic et à la possession de drogues, l'*usage* de drogues n'est pas pénalisé aux Pays-Bas. Le cadre juridique permettant de poursuivre les activités illicites, en particulier la production et le trafic de drogues, et de juger les délinquants toxicomanes a été graduellement étendu au cours de la dernière décennie et comprend

63. National Drug Monitor, « Situation de la drogue aux Pays-Bas en 2006 », Trimbos-instituut, Utrecht.

actuellement un ensemble imposant de lois et d'autres instruments juridiques. »

« La loi la plus importante en matière de drogues aux Pays-Bas est la loi néerlandaise sur l'opium (1928), ou loi sur les stupéfiants, qui est une loi pénale. Elle a été radicalement modifiée en 1976. Une distinction a été introduite entre les drogues présentant des risques inacceptables (drogues dures) et les drogues comme le cannabis (drogues douces), considérées comme moins dangereuses. »

La politique néerlandaise en matière de drogues est dirigée par plusieurs départements. Le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports la coordonne et assume la responsabilité de tout ce qui touche à la prévention et aux soins de santé. Le ministère de la Justice est chargé de l'élaboration et du contrôle du droit pénal, et celui de l'Intérieur des collectivités locales et de la police. Les autorités locales discutent leur politique en matière de drogues dans une « réunion tripartite » entre le maire, le chef de la police locale et le procureur adjoint.

10.3.1. Drogues dures

En ce qui concerne les drogues dures, le Gouvernement néerlandais axe sa politique principalement sur la prévention et la réduction des risques. Plusieurs projets conçus par des institutions gouvernementales contribuent à cette politique de prévention. On diffuse dans les établissements d'enseignement secondaire et les écoles primaires des programmes éducatifs sur l'usage de drogues. Une attention particulière est donnée à la consommation de drogues chez les adolescents lors de la vie nocturne. Cette campagne, mise sur pied par l'Institut Trimbos, vise les drogues consommées pendant la vie nocturne, comme la cocaïne et l'ecstasy.

En plus de la prévention, le Gouvernement néerlandais accorde beaucoup d'attention à la réduction des risques encourus par les toxicomanes et de ceux qu'ils présentent pour autrui. Il se fait un devoir de limiter leurs problèmes et ceux qu'ils causent. La coopération avec d'autres secteurs a conduit à une politique intégrée de la drogue. Il existe par exemple dans plusieurs communautés (mais pas encore au niveau national) un service spécial d'hébergement et d'assistance pour toxicomanes. Ces dernières années, la politique suivie en matière de drogues dures rejoint plus souvent qu'autrefois celle qui est tenue à l'encontre d'autres groupes marginaux de la société, comme les sans-abri.

Lorsque la prévention et les actions éducatives d'information ne sont pas la solution et que l'assistance individuelle ou dispensée par les

centres constitués à cet effet ne permet plus de faire face à la situation, le gouvernement tente de trouver d'autres solutions. Le projet « Héroïne », dans lequel on distribue de l'héroïne sur prescription médicale aux toxicomanes les plus gravement dépendants, est un exemple de solution pour les cas extrêmes.

10.3.2. Drogues douces

Pour reprendre le rapport NDM sur la situation de la drogue aux Pays-Bas en 2006 :

« La vente de cannabis est illégale aux Pays-Bas, mais on tolère que les cafétérias vendent du cannabis si elles adhèrent à certains critères (ceux de l'AHOJ-G). Ces critères sont : ne pas faire de publicité, ne pas vendre de drogues dures, ne vendre aucune substance aux moins de 18 ans, ne pas provoquer de nuisances publiques et ne pas écouler plus de 5 grammes par transaction. Il existe encore trois critères supplémentaires : ne pas installer de distributeurs automatiques d'alcool, avoir un stock inférieur à 500 grammes et – dans certaines villes – se trouver à une distance minimale d'une école ou de la frontière néerlandaise. Ces dernières années, la politique gouvernementale était de réduire le nombre de cafétérias. Néanmoins, c'est aux autorités locales qu'appartient la décision de tolérer ou non ces cafétérias. »

La culture et la possession d'herbe de cannabis restent un délit, même lorsqu'il s'agit de petites quantités. Dans la pratique il en va différemment ; on n'engage pas de poursuites contre une personne qui cultive 5 plants de cannabis ou se trouve en possession de moins de 30 grammes de haschisch ou d'herbe de cannabis (les cafétérias ont l'interdiction de vendre plus de 5 grammes d'herbe de cannabis à une seule personne le même jour). Cette politique de non-intervention est appelée *gedoogbeleid* (politique de conciliation). La police et la justice donnent la priorité à la dissuasion de la culture, du trafic et de la possession de grandes quantités. Ces délits sont passibles de peines sévères.

10.3.3. Alcool

Dans sa politique nationale en matière d'alcool, le Gouvernement néerlandais cherche avant tout à réduire le nombre de personnes qui font une consommation abusive d'alcool. Le but premier de la politique de prévention en matière d'alcool n'est pas de dissuader les gens de faire une consommation modérée d'alcool, ni de l'interdire ; l'alcool est un stimulant socialement accepté, qui (si l'on en fait un usage modéré) ne fera aucun mal à la plupart des gens. Cette politique cherche ensuite à réduire au minimum les risques liés à la consommation d'alcool dans

certaines situations spécifiques (famille, travail, circulation routière, vie nocturne).

Les études ont montré que le moyen le plus efficace de diminuer la consommation d'alcool est d'adopter une politique intégrale, faite d'un ensemble de différentes mesures. Les mesures les plus efficaces sont celles qui limitent l'accès à l'alcool, c'est-à-dire celles qui rendent l'achat d'alcool plus difficile. L'accès financier à l'alcool peut être limité par une augmentation de prix (accise/taxe). Aux Pays-Bas on paie une accise de 6 cents d'euro sur la bière et le vin et de 22 cents sur les spiritueux.

L'accès physique à l'alcool peut être réduit grâce aux limites d'âge : pas de vente de boissons faiblement alcoolisées aux moins de 16 ans ni de vente d'alcools forts/spiritueux aux moins de 18 ans. Un autre moyen de mettre des bornes précises à l'accès physique à l'alcool est d'en limiter la vente (par exemple des spiritueux seulement dans les magasins de spiritueux, pas de spiritueux dans les cantines sportives, des heures de fermeture dans les bars) et de l'interdire à certains endroits (par exemple dans les stations d'essence et les magasins qui ne vendent pas de provisions).

Les contraintes imposées à la publicité pour l'alcool et l'information sont un autre moyen important de poser des limites à la consommation d'alcool. Information et éducation ont toujours constitué des points forts de la politique néerlandaise en matière d'alcool. Des campagnes nationales et des activités régionales sont mises sur pied par différentes organisations. Dans les collèges secondaires et les écoles primaires existent des programmes spéciaux sur la consommation d'alcool. Il existe aussi sur Internet plusieurs sites d'information pour les adolescents, des sites pour les enfants de parents dépendants et des sites pour alcooliques.

10.3.4. Tabac

L'objectif prioritaire de la politique néerlandaise contre le tabagisme est de dissuader les fumeurs et de protéger les non-fumeurs. Plusieurs lois soutiennent cette politique. Il est interdit de vendre du tabac dans les administrations publiques, aux enfants de moins de 16 ans et d'en mettre gratuitement à disposition. En outre, il est interdit de faire de la publicité pour des produits à base de tabac. La publicité est également interdite à la télévision, par affichage ainsi que dans les journaux et les revues.

Depuis quelques années, on ne peut plus fumer dans plusieurs endroits (publics). Dans les transports publics (y compris dans les

trains), il est interdit de fumer. Tout employeur doit s'assurer que ses employés disposent d'une place de travail sans fumée. Les employés ne doivent plus être incommodés par la fumée de cigarette. A partir du 1^{er} juillet 2008, l'industrie de la restauration (restaurants, bars et cafés) devra aussi être sans fumée. Les employeurs peuvent créer un espace clos où il est permis de fumer. La raison d'être de cette interdiction de fumer est la protection des non-fumeurs.

Outre ces lois, d'autres mesures ont été prises. Plusieurs campagnes, diverses activités ont été mises sur pied pour rendre les gens conscients des conséquences de la fumée. Le but premier de ces campagnes est d'aider les gens à arrêter de fumer plutôt que de les empêcher de commencer à le faire. La consommation de tabac peut elle aussi être limitée par une augmentation de prix (accise/taxe). L'accise est considérée comme la mesure la plus efficace de la politique contre le tabagisme, le coût du tabac ayant une influence directe et déterminante sur la consommation. En 2004, l'accise a été augmentée de 55 cents.

10.4. Conclusion

Le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports coordonne la politique en matière de drogues, d'alcool et de tabac. Le ministère de la Justice est compétent en matière de droit pénal relatif à l'usage de drogues. Bien que différents ministères et différents départements du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports œuvrent ensemble, il n'existe pas de politique intégrée pour toutes les substances (légalles et illégales).

11. Norvège : l'alcool et la politique de drogues

Astrid Skretting, chercheur, Institut de l'alcool et des drogues, Norvège

11.1. Une politique cohérente

En Norvège, la politique en matière d'alcool et de drogues est en principe considérée comme une politique cohérente. En d'autres termes, les deux types de substance sont, dans la mesure du possible, traités conjointement. En norvégien, l'expression « politique sur l'usage et mésusage de substances » montre bien que les problèmes liés à l'alcool et aux stupéfiants sont analogues. Que se soit au niveau national ou local, les problèmes liés à l'alcool et aux drogues illégales sont traités par les mêmes organismes. Il s'ensuit que les mesures de prévention visent à faire face aux problèmes dus à ces deux catégories de produits.

Le traitement des problèmes d'alcool et de drogues est aussi organisé dans les mêmes centres de traitement même si certains centres sont plus spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et d'autres dans celui de l'abus de stupéfiants (comme les traitements de substitution).

Dans le cadre d'une politique cohérente, les plans d'action, aux niveaux national et local, porteront normalement sur les problèmes d'alcool et de drogues par exemple. Ils viseront donc à servir de base à de vastes stratégies prévoyant des mesures recouvrant l'ensemble des problèmes d'alcool et de drogue.

11.2. Législation

En raison des différences de statut juridique des deux catégories de substances, ces dernières sont traitées séparément dans la législation. La politique relative à l'alcool est réglementée par la loi sur l'alcool et les drogues illicites relèvent du droit pénal.

12. Politique polonaise de lutte contre l'alcool et les drogues

Janusz Sieroslawski, Institut de psychiatrie et de neurologie, Pologne

12.1. Le contexte polonais

En Pologne, les politiques de lutte contre l'alcool et les drogues se sont développées séparément. Elles se caractérisent par des structures administratives parallèles, des systèmes de soins distincts et l'implication d'ONG différentes. Les raisons de cette approche séparée sont historiques et culturelles. La différence de statut juridique entre la drogue et l'alcool a également joué un rôle dans ce développement.

Le problème de l'alcool, de même que la lutte contre ce dernier, a une longue histoire en Pologne, où la consommation d'alcool s'inscrit dans une tradition millénaire. Le mouvement antialcoolique s'est organisé dans la seconde moitié du XIX^e siècle ; l'action publique contre l'alcool a vu le jour à la fin de la première guerre mondiale, lorsque la Pologne a recouvré l'indépendance. L'alcool et les problèmes qui lui sont liés constituent donc un élément traditionnel de la vie polonaise, et une partie importante de la politique sanitaire et sociale en Pologne réside dans l'action publique contre l'alcool.

C'est à la fin des années 1960 que la drogue est devenue un problème social en Pologne. Les premières actions, entreprises dans les années 1970, se limitaient au renforcement du contrôle des médicaments psychoactifs. Le problème de la drogue a été occulté par le pouvoir en place pour des raisons idéologiques. L'idéologie officielle du Parti communiste polonais voulait que la drogue soit un problème propre aux seuls pays capitalistes et impérialistes, imputable au chômage, à la pauvreté et autres problèmes sociaux de ces pays. Des actions plus étendues ont été mises en place au début des années 1980 à l'époque du syndicat Solidarność, principalement par de jeunes ONG. L'offre de soins spécialisée aux toxicomanes et les premières mesures de prévention ont été développées et mises en œuvre lors de cette période.

Au début, le phénomène des drogues ne touchait que les jeunes, différenciant en cela du problème de l'alcoolisme. Les centres de traitement pour les personnes alcoolodépendantes ne convenaient donc pas aux toxicomanes. Le profil des alcooliques différait de celui des toxicomanes en termes de caractéristiques sociodémographiques, de vécu et de contexte culturel. Les services psychiatriques généraux n'étaient pas non plus adaptés aux particularités des patients toxicomanes. Rejetés par les autres patients, ils ne tiraient aucun profit des méthodes de traitement d'alors. Phénomène nouvellement apparu, le problème de la drogue était totalement incompris par la société et se heurtait à l'attitude critique du personnel des services psychiatriques et même des services d'alcoologie.

Il a donc fallu créer des services spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes. Au début des années 1980, la drogue consommée consistait surtout en opiacés fabriqués « maison » à l'aide de paille de pavot (base du « kompot ») par les toxicomanes pour répondre eux-mêmes à leurs besoins. Le système de soins mis en place à cette époque essayait d'offrir des services thérapeutiques aux patients présentant cette toxicomanie. Le point d'entrée de ce système consistait en cliniques de soins ambulatoires et centres de conseil et soutien psychologiques, puis le patient était orienté vers des unités de désintoxication en hôpital, et enfin vers des centres de réinsertion généralement administrés par des ONG et reposant sur le concept de communauté thérapeutique.

12.2. Modèle polonais de lutte contre l'alcoolisme

Le modèle polonais de lutte contre l'alcoolisme repose sur l'administration publique, les pouvoirs locaux autonomes et les ONG. Le fondement juridique de la politique antialcoolique repose sur la loi sur la sobriété et la lutte contre l'alcoolisme. Fondé sur cette loi, le Programme national de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool a été mis au point pour application par l'administration publique (ministères et organes centraux). Il a été préparé par l'Agence de l'Etat pour la prévention des problèmes liés à l'alcool, qui en assure également le soutien et la coordination.

Les programmes régionaux de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool sont mis en œuvre dans 16 régions et financés par les droits de licence régionaux de vente en gros de bière et de vin. Le maréchal de la région nomme un plénipotentiaire chargé de la mise en œuvre du programme.

12.2.1. Les programmes locaux

Les programmes locaux de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool sont développés et mis en œuvre dans toutes les collectivités locales polonaises et financés par les droits de licence de vente au détail de bière, de vin et de vodka. Le président de la collectivité ou le maire convoque la Commission locale de traitement des problèmes liés à l'alcool, représentant la politique antialcoolique des pouvoirs locaux, et peut aussi nommer un plénipotentiaire chargé de prévenir et de gérer les problèmes liés à l'alcool.

Les programmes régionaux de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool comprennent les tâches suivantes :

- augmenter l'offre de services thérapeutiques et de centres de réinsertion pour les personnes alcoolodépendantes ;
- offrir un soutien aux familles, notamment les protéger d'éventuelles violences domestiques ;
- mettre en place des activités éducatives et informatives sur la consommation de drogues et d'alcool, tout particulièrement à l'intention des enfants et des jeunes, notamment des activités sportives l'après-midi et des repas pour les enfants issus de milieux défavorisés, dans le cadre de programmes d'assistance sociale et de programmes sociothérapeutiques ;
- soutenir les activités d'associations, d'institutions et de particuliers participant à la prévention et au traitement des problèmes liés à l'alcool au sein de la collectivité ;
- intervenir en cas de violation de l'interdiction de publicité pour de l'alcool et de l'interdiction de servir des clients mineurs ou déjà pris de boisson en se portant partie civile au tribunal ;
- soutenir les œuvres sociales, organiser et financer les centres de réinsertion sociale.

Les programmes locaux de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool reposent principalement sur le développement des éléments suivants :

- groupes sociothérapeutiques, centres éducatifs et de soins pour les enfants et les jeunes ;
- services de consultation pour les personnes alcoolodépendantes et leurs familles ;

- centres spécialisés d'aide aux victimes de violence domestique (hôtels et centres de crise, postes de consultation et d'intervention, groupes de soutien, permanences téléphoniques) ;
- programmes thérapeutiques supplémentaires et formation de personnel médical dans les centres de soins aux personnes dépendantes, financés par le Fonds de santé national ;
- programmes scolaires et locaux de prévention ;
- formation professionnelle pour les travailleurs sociaux de la collectivité locale amenés dans le cadre de leur travail à observer les effets de problèmes liés à l'alcool et susceptibles d'être confrontés au phénomène de la violence domestique : psychologues, assistants sociaux, aides scolaires, policiers, prêtres, juges, employés des tribunaux et certaines professions du domaine de la santé ;
- groupes locaux d'activistes contre l'alcoolisme – dans de nombreuses collectivités, ces groupes ont participé à la réalisation de tâches de ces programmes locaux et sont devenus des partenaires importants du traitement des problèmes liés à l'alcoolisme.

Le système polonais de lutte contre l'alcoolisme repose principalement sur l'action locale. D'année en année, il acquiert de la stabilité et de l'efficacité au sein des collectivités. Celles-ci modernisent et activent systématiquement la prévention et la gestion des problèmes liés à l'alcool, de telle sorte qu'elles ont pris une place importante dans la politique locale sociale.

12.2.2. L'Agence d'Etat

La coordination de la politique de lutte contre l'alcoolisme est affaire de l'Agence d'Etat pour la prévention des problèmes liés à l'alcool. Cette institution gouvernementale a été créée afin de donner une base solide à la politique de santé publique en matière de prévention accrue de l'alcoolisme, d'amélioration de l'offre de soins et de sensibilisation du public. L'agence a vu le jour du fait de la loi sur la sobriété et la lutte contre l'alcoolisme. Son but et ses tâches sont définis dans cette loi et dans le Programme national 2000-2005 de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool.

L'agence coopère avec des experts et des centres scientifiques en vue d'évaluer l'état de santé de la population, son style de vie et ses habitudes de consommation, et d'actualiser les programmes de prévention et de soins. Elle soutient les institutions de prévention de traitement des problèmes liés à l'alcool. Elle travaille en coordination avec des

représentants nationaux et locaux de l'Etat et offre une aide professionnelle aux nombreuses institutions et associations actives dans la mise en œuvre du programme national.

Tâches de l'Agence d'Etat pour la prévention des problèmes liés à l'alcool :

- préparer le Programme national de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool pour les années à venir et du plan de répartition des fonds concernant sa mise en œuvre ;
- donner des avis d'expert et préparer les avant-projets de loi et les ordres du jour en matière d'élaboration de la politique de lutte contre l'alcoolisme et de gestion des problèmes liés à l'alcool ;
- informer et éduquer, préparer des avis d'expert, développer des approches de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool et les mettre en œuvre ;
- fournir un soutien professionnel aux pouvoirs locaux, institutions, associations et particuliers actifs dans la réalisation des tâches du programme ; attribuer ces tâches et les financer ;
- mettre en place une coopération avec les organes représentatifs des provinces et les représentants des conseils locaux chargés de la prévention contre l'alcoolisme ;
- création et coordination des activités visant à accroître la disponibilité et l'efficacité des thérapies en matière de dépendance ;
- attribuer et financer les tâches définies en matière de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool ;
- coopérer avec des organisations et des institutions internationales actives dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme.

12.3. Politique de lutte contre les drogues

Le 4 octobre 2006, une nouvelle loi sur la lutte contre l'usage de drogues est entrée en vigueur. Les lois de 1997 ont dû être modifiées afin d'harmoniser la législation polonaise avec les acquis européens et de combler les lacunes existant dans les lois actuelles. Dans le cas de la dernière loi, en particulier, des spécialistes du traitement de la toxicomanie ont participé à sa formulation. La loi a été en partie élaborée selon une approche sélective tenant compte de l'opinion publique et des médias. Le point litigieux était la question de la possession de petites quantités de drogues pour usage personnel. Elle faisait l'objet principal de la couverture des médias et était au cœur des débats de

l'« écoute sociale », forme de consultation sociale coordonnée par le ministère de la Santé. Cependant, à part les dispositions pénales, qui sont en fait restées en grande partie inchangées, la loi a introduit un certain nombre de changements fondamentaux dans le domaine de la lutte contre les drogues.

Les nouvelles dispositions de la loi sur la lutte contre l'usage de drogues ont exercé une influence importante sur le Programme national de lutte contre la drogue. La disposition instituant le programme comme base des activités de la lutte contre l'usage de drogues est restée en vigueur ; cependant, des changements ont été apportés quant au but général du document et à son statut. Le programme national est censé définir uniquement les actions antidrogue des gouvernements locaux, les laissant décider à quels problèmes spécifiques ils souhaitent s'attaquer et quelles solutions envisager.

12.3.1. Le Bureau national

Le Bureau national de lutte contre les drogues (établi en 1993 par le ministère de la Santé) est un organe chargé de mettre en œuvre et de superviser les tâches du programme dans le domaine de la prévention ainsi que de la prise en charge et de la réinsertion des toxicomanes. Le bureau jette les bases de la politique, de la stratégie et de la méthode de prévention et de lutte contre la drogue, et confie à des ONG sous contrat la réalisation des tâches correspondantes. Le financement est assuré par le gouvernement.

La tâche principale du bureau est de commanditer des études, notamment dans le domaine des épidémies et des risques professionnels liés aux drogues (études menées auprès des écoles). Les études épidémiologiques sont réalisées principalement par l'Institut de psychiatrie et de neurologie, qui prépare également des rapports annuels sur la situation en matière de toxicomanie et de dépendance aux psychotropes. Les données épidémiologiques servent de base à l'élaboration de la stratégie de prévention. Le bureau met également en place des formations dans le domaine de la prévention contre l'usage de drogues en mettant entre autres à contribution l'expérience d'organisations internationales telles que l'OMS, le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, le Programme de contrôle des drogues des Nations Unies et le programme PHARE de l'Union européenne. Le bureau exerce également des activités d'édition.

En 2001, des changements sont survenus en matière de lutte contre les drogues à la suite desquels le bureau, qui se nommait originellement Bureau de lutte contre la dépendance aux drogues (« Bureau on Drug

Addiction ») a été renommé Bureau national de lutte contre la drogue. Le Centre d'information sur les drogues a également été créé et placé sous l'égide du bureau⁶⁴.

12.3.2. Le Conseil en matière de lutte contre les drogues

Le Conseil en matière de lutte contre les drogues a été établi le 6 mars 2001 par le Premier ministre (fondement juridique provenant de l'article 5.6 de la loi du 24 avril 1997 sur la lutte contre l'usage de drogues).

Le conseil est responsable des tâches suivantes :

- présenter au Premier ministre des avis sur le projet de programme national de lutte contre les drogues ;
- soumettre pour examen à un ministère compétent en matière de santé publique les questions concernant la modification ou l'ajout d'éléments au programme ;
- soumettre des avis sur les rapports relatifs à l'état de la mise en œuvre du programme ;
- soumettre des avis sur les actes législatifs liés à la lutte contre les drogues ;
- soumettre aux ministères compétents des propositions d'amendement des actes législatifs contraignants relatifs à la lutte contre la drogue ;
- coopérer avec des organes de l'administration centrale et locale relativement aux problèmes soumis au conseil.

12.3.3. La stratégie nationale

En Pologne, la stratégie de lutte contre les drogues est définie dans le Programme national de lutte contre la drogue adopté par le Conseil des ministres. Les organes et institutions responsables de la mise en œuvre du programme agissent principalement à travers l'administration centrale et les représentants des gouvernements autonomes dans les communes, les comtés et les provinces. Les ONG devraient jouer un rôle important dans la mise en œuvre d'activités particulières de prévention et de réinsertion.

Le Bureau national de lutte contre les drogues publie un Rapport annuel de suivi sur la mise en œuvre du Programme national par les

64. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Dz.U. z 2001 r. Nr 125 poz. 1367.

institutions et les gouvernements locaux. Le dernier rapport indique qu'à l'échelon provincial, les gouvernements ont principalement mené des actions de prévention en intégrant le problème de la dépendance aux drogues dans les stratégies sociales par le biais de campagnes d'éducation, de cours de formation à l'intention des intervenants des programmes de prévention, et de la diffusion d'informations sur les programmes et centres de lutte contre la drogue. Les gouvernements locaux à tous les niveaux ont principalement mené des actions préventives auprès des écoles primaires, élémentaires et secondaires.

12.4. Nouveau développement – La tendance est à l'intégration

Depuis les années 1990, il est possible d'observer l'intégration croissante des actions menées contre l'alcool et les drogues. Cette tendance est visible dans les domaines suivants :

- prise en charge ;
- prévention ;
- politiques locales et régionales ;
- ONG.

L'approche intégrée est de plus en plus pratiquée pour les raisons suivantes :

- le problème des drogues est de plus en plus courant et de moins en moins choquant aux yeux de la population ; ses similarités avec le problème de l'alcool sont de plus en plus visibles au sein de la société ;
- le profil des toxicomanes et celui des personnes dépendantes de l'alcool se ressemblent de plus en plus ;
- les toxicomanes abusent souvent de l'alcool et de plus en plus de personnes alcoolodépendantes font usage de drogues ;
- les mesures de prévention sont plus ou moins les mêmes, du moins pour ce qui est de la prévention universelle ;
- la consommation de drogues et d'alcool étant surtout courante chez les jeunes, ceux-ci sont considérés comme le groupe cible prioritaire en matière de prévention ;
- le recours à l'alcool est souvent employé consécutivement ou en substitution à une dépendance aux drogues ;
- les mécanismes de la dépendance sont similaires dans l'un et l'autre cas, ainsi que les groupes à risque ;

- la dépendance à l'alcool et aux drogues est considérée comme une maladie non seulement par les professionnels mais également par la société : l'alcoolisme et la toxicomanie sont plus ou moins considérés de la même façon par l'opinion publique ;
- les structures communes de prise en charge sont plus économiques ;
- les structures communes de gestion et de coordination des politiques aux niveaux local et régional sont plus économiques.

Les facteurs jouant contre une approche intégrée sont les suivants :

- différence de statut juridique entre l'alcool et les drogues : certaines mesures efficaces dans le cas de l'alcool sont inapplicables dans le cas des drogues ;
- contexte international : des différences existent en ce qui concerne les sujets de préoccupation, les intérêts, les structures de gestion, les politiques tant au niveau européen que dans le monde ;
- coût de l'intégration : amender la législation, modifier les structures de gestions, etc., nécessitent des fonds ;
- certains groupes professionnels pourraient voir leurs intérêts mis en cause par une approche intégrée.

13. Des politiques individuelles sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues à une politique unique sur les substances psychoactives au Portugal

*F. Feijão (Unité d'études et de recherche, ministère de la Santé, Portugal),
L. Dias et M. Moreira*

13.1. Le contexte portugais

Le Portugal est le pays le plus occidental de l'Europe. Sa population est estimée à 10 millions d'habitants et sa superficie couvre près de 90 000 kilomètres carrés. Le pays est délimité par l'océan Atlantique et l'Espagne. Il comprend aussi deux archipels, les Açores (neuf îles) et Madère (deux îles) situés dans l'océan Atlantique.

Le Portugal est une république depuis près d'un siècle (1910), et après quatre décennies environ d'une dictature qui a progressivement renfermé le Portugal sur lui-même en l'isolant du monde, la révolution démocratique de 1974 (la Révolution des œillets) a fait entrer le pays dans la communauté internationale, et donné naissance à un long processus de changements visant à combler l'écart de développement qui le séparait des autres pays européens.

Pendant la période de la dictature, les conditions étaient très rudimentaires à tous les niveaux. Le Portugal était un pays rural et la viticulture était l'une de ses activités économiques les plus importantes. A l'époque, une grande partie de la population vivait dans une extrême pauvreté et le vin, peu cher et facilement accessible, entraînait souvent une consommation excessive ; par conséquent, l'abus d'alcool était chose fréquente.

La fin du grand Empire colonial portugais consécutive à l'accession à l'indépendance des colonies⁶⁵ est un des grands changements apportés par la révolution démocratique. A cause de l'instabilité qui a suivi l'indépendance des anciennes colonies et l'achèvement de la mission des troupes de militaires avec la fin de la guerre coloniale, des milliers de personnes sont revenues au Portugal, emportant avec elles, entre autres, la connaissance du cannabis, voire dans certains cas, son usage.

Avec la démocratie, le développement s'est d'abord produit dans les principales zones urbaines autour des villes de Lisbonne et de Porto vers lesquelles un nombre considérable de personnes ont convergé. Avec la croissance rapide de la population d'origines diverses, de grands quartiers se sont créés, où les conditions de base nécessaires n'étaient souvent pas réunies pour promouvoir des styles de vie sains. Les indicateurs sociaux globaux montrent clairement que des améliorations se sont produites au cours des trente dernières années. Parmi celles-ci, les plus notables sont l'école universelle, obligatoire et gratuite, jusqu'au 9^e niveau ou l'âge de 16 ans, et le régime universel et la gratuité des soins. Pourtant, le fossé économique qui sépare le Portugal du reste de l'Europe subsiste (en 2005, le PIB par habitant au Portugal se situait autour de 18 500 dollars des Etats-Unis, alors que dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale il se situait entre 35 000 et 50 000 dollars).

Le Portugal a rejoint la Communauté économique européenne (CEE) en 1986 (en même temps que l'Espagne). Par ailleurs, la modernisation structurelle du pays s'est accélérée ; toutes les régions se sont rapprochées, soit grâce aux nouvelles autoroutes ou aux « routes » des nouvelles technologies de communication (TV, ordinateurs, internet, etc.), qui ont stimulé le développement économique interne. Avec « le Traité de Schengen » de 1997, et l'abolition consécutive des frontières, les conditions étaient réunies pour que le Portugal devienne une partie à part entière de l'Europe et un pays réceptif à tous les développements dans le monde.

C'est dans ce contexte que le développement de politiques en matière de consommation d'alcool, de drogues et de tabac devrait être abordé. Une vue d'ensemble de la situation concernant ces trois types de consommation montre des tendances opposées tout au long des trois dernières décennies : baisse de la prévalence et changement des modes de consommation de l'alcool ; hausse de la prévalence et changement

65. Angola, Mozambique, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Sao Tomé-et-Principe et Timor oriental (le dernier, après son indépendance en 1975, a été annexé par l'Indonésie jusqu'en 2000, date à laquelle le pays a « réellement » accédé à l'indépendance).

des modes de consommation des drogues illicites jusqu'à la fin du siècle, puis stabilité voire baisse de la prévalence depuis cette époque. Ce schéma semble être approximativement le même parmi les adolescents en ce qui concerne l'usage du tabac.

13.2. L'usage de l'alcool

La consommation d'alcool par habitant a baissé de 14,3 litres en 1971 à 9,4 litres en 2003⁶⁶. Sur la base de cet indicateur, le Portugal était le troisième plus grand consommateur de tabac du monde en 2001, mais en 2003 il est passé à la huitième place du classement. Parmi les personnes âgées de 15 à 65 ans, la prévalence au cours de la vie était de 75,6 % et la prévalence au cours des trente derniers jours était de 73,6 %⁶⁷ ; cependant le mode de consommation pendant la semaine montre une baisse du pourcentage des consommateurs réguliers et une augmentation de celui des consommateurs occasionnels ; dans le même temps, on observe une baisse de la consommation traditionnelle du vin, mais une hausse de la consommation de la bière de plus de quatorze fois entre 1961 (4,9 litres) et 2000 (65,3 litres), correspondant à un mode de consommation moins nocif⁶⁸.

Selon d'autres études⁶⁹, un tiers de la population n'a jamais consommé de boissons alcoolisées ou a arrêté de le faire, un autre tiers en consomme régulièrement et le dernier tiers consomme des boissons alcoolisées régulièrement (à tout ou presque tous les repas). Ces données montrent une forte dépendance à l'alcool ou un niveau de consommation excessive.

Par ailleurs, les données des études nationales en milieu scolaire^{70, 71} montrent que parmi la population en âge scolaire, les taux de préva-

66. « Tendances de la consommation d'alcool dans le monde », 2005.

67. Balsa, C., *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2001*, IPDT, Lisbonne, 2003.

68. Matias, C., Silva, A. et Neto, A., *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal Continental segundo os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 a 1999*, INSA, Lisbonne, 2003.

69. Gameiro, A., *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal : 1985, 1991 e 1997*, Ed. Hospitalidade, Lisbonne, 1998.

70. Feijão, F., « Os adolescentes e o consumo de substâncias psicoativas : O tempo e o espaço enquanto factores subjacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa », *Toxicodependências*, 13, 1, 2006, pp. 59-75.

71. Feijão, F., « Consumo de substâncias psicoativas pelos adolescentes portugueses. Que evolução de 2001 para 2006 ? », *Toxicodependências*, 13, 3, 2007.

lence n'augmentent pas et semblent s'être stabilisés ou ont même commencé à baisser depuis 2001. Il ressort des données des études de l'ESPAD^{72, 73, 74, 75}, réalisées parmi les élèves âgés de 16 ans, qu'au Portugal comme dans certains autres pays (pour la plupart des pays de langue latine), le mode de consommation est un problème beaucoup moins épineux que dans les pays d'Europe du Nord dotés de réglementations très prohibitives en matière de consommation d'alcool, même si la prévalence de la consommation au cours de la vie est élevée. En effet, les indicateurs concernant l'intensité de la consommation montre qu'en 2003, par exemple, la prévalence pour les ivresses au cours de la vie était de 32 % pour le Portugal et 85 % pour le Danemark, et de 14 % pour le Portugal et 61 % pour le Danemark au cours des trente derniers jours.

La corrélation entre la consommation d'alcool et les accidents de la route révèle que le taux de mortalité lié à l'alcool au Portugal est le plus élevé d'Europe : environ 40 % des personnes tuées dans des accidents de la route ont des traces d'alcool dans le sang⁷⁶. En revanche, le taux de mortalité lié aux maladies du foie et à la cirrhose a enregistré une baisse significative au cours des trois dernières décennies. En 2004, ces maladies ont été responsables de 1,6 % du nombre total des décès dans le pays, un chiffre qui était le treizième plus élevé de la région européenne de l'OMS et qui correspond à moins de la moitié de la moyenne enregistrée dans cette région. Un autre aspect, plus difficile à quantifier, est celui des questions familiales (relations et communication, en particulier avec les enfants, etc.) et des problèmes sociaux (en particulier les accidents de travail, l'absentéisme) découlant de l'abus d'alcool.

Bien que le Portugal soit un producteur de boissons alcoolisées, principalement de vin, et malgré la pertinence de ces problèmes, les premières actions politiques visant à réduire l'abus d'alcool n'ont été initiées qu'en 1977 avec la création d'une commission de lutte contre l'abus d'alcool⁷⁷ ; deux ans plus tard, la première norme juridique visant à réglementer la fourniture d'alcool par l'interdiction du commerce

72. Feijão, F., « Os adolescentes e o consumo de substâncias psicoactivas : O tempo e o espaço enquanto factores subjacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa », *Toxicodependências*, 13, 1, 2006, pp. 59-75.

73. Hibell, B., Anderson, B. *et al.*, « Rapport ESPAD de 1995 », CAN/GP, Stockholm, 1997.

74. Hibell, B., Anderson, B. *et al.*, « Rapport ESPAD de 1999 », CAN/GP, Stockholm, 2000.

75. Hibell, B., Anderson, B. *et al.*, « Rapport ESPAD de 2003 », CAN/GP, Stockholm, 2004.

76. Marinho, R. T., « Perspectiva médica sobre a taxa de alcoolémia de 0.2mg/ml », *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17, 2001, pp. 471-485.

77. Décret normatif n° 176/77.

ambulatoire⁷⁸ a été publiée. Après l'intérêt manifesté par l'OMS et son appel lancé en 1982 pour éveiller les consciences au problème de l'alcool et des politiques sanitaires, le Portugal a participé à une « Etude collaborative sur les réponses communautaires aux problèmes liés à l'alcool » initiée par l'OMS-Europe. Par ailleurs, le pays a mis en place en 1988 trois mécanismes spécifiques pour traiter les questions d'alcoolisme⁷⁹. Les normes juridiques concernant la présence d'alcool dans le sang des conducteurs de véhicules à moteur ont été publiées en 1982, et sont actualisées de temps à autres jusqu'à ce jour ; la dernière mise à jour a fixé le niveau maximal acceptable d'alcool dans le sang à 0,5 mg/ml. Concernant la publicité, des règles pour contrôler la promotion de la consommation d'alcool ont été édictées pour la première fois en 1990 et mises à jour en 1995⁸⁰.

En 1993, le « Conseil de l'alcoolisme » a été créé, mais c'est seulement avec les travaux de la Commission interministérielle mise en place en 1999⁸¹ que le premier « Plan d'action contre l'alcoolisme »⁸² a été formulé sur la base des lignes directrices de l'OMS-Europe. Le document met l'accent sur la nécessité d'établir un « réseau national pour le traitement de la toxicomanie ». Ce réseau a été créé⁸³ (en s'appuyant sur les trois centres de traitement qui existaient déjà), mais manifestement peu d'améliorations ont été apportées au niveau national. Cependant, des lignes directrices claires ont été adoptées mettant en évidence la nécessité de renforcer l'intégration de la prévention, de l'éducation sanitaire, du traitement et de la recherche ainsi que l'urgence d'introduire des règles pour contrôler le commerce de l'alcool et l'accessibilité des adolescents à cette substance. Deux années après l'introduction de ces mesures, la vente d'alcool aux enfants de moins de 16 ans a été interdite⁸⁴. A cette époque, les conditions d'accessibilité et de vente dans les lieux publics (établissements de l'administration nationale publique, lieux de restauration le long des autoroutes, etc.) ont été également réglementées.

Récemment, dans le cadre de l'investissement réalisé par le gouvernement actuel pour moderniser et réduire les effectifs de l'administration publique, toutes les questions de santé liées à l'alcool ont été intégrées

78. Décret-loi n° 122/79.

79. « Centros Regionais de Alcoologia » dans Lisbonne, Porto et Coimbra, créés par le décret de réglementation n° 41/88.

80. Décret-loi n° 330/90 et décret-loi n° 6/95.

81. Résolution du Conseil des ministres n° 40/99.

82. Résolution du Conseil des ministres n° 166/2000.

83. Décret-loi n° 318/2000.

84. Décret-loi n° 9/2002.

dans le mandat de l'Institut des drogues et des toxicomanies. A ce jour, l'institut ne s'occupe que des domaines liés à la demande des drogues illicites. Il est prévu d'intégrer progressivement les services dans le but de mettre à la disposition de tout le pays un mécanisme plus effectif et plus efficient de prévention, de traitement de la toxicomanie et de réinsertion sociale.

13.3. L'usage de drogues

La politique avant 1983

Contrairement à ce qui s'est passé avec la consommation de l'alcool, la culture traditionnelle et les habitudes du pays n'ont pas intégré la question de *l'usage des drogues illicites*. Jusqu'en 1983, la législation ne ciblait que les questions du commerce international : l'importation et la vente n'étaient réglementées que par le droit fiscal. L'usage des drogues n'était pas interdite et n'avait aucun impact social jusqu'à la fin des années 1970.

C'est après les changements politiques de 1974 et la décolonisation portugaise, lorsque soldats et civils sont revenus des anciennes colonies, que le pays s'est ouvert au reste du monde et que la consommation de cannabis est apparue. Jusque-là, l'usage des drogues se limitait à des groupes spécifiques (intellectuels, professionnels de la santé et artistes) et posait peu de problèmes de santé ou de criminalité.

Avec l'augmentation de la circulation des drogues, les premières actions au niveau institutionnel ont tout d'abord été prises en 1976 sous la présidence du Conseil des ministres, puis du ministère de la Justice. Trois institutions ont été créées pour contrôler le trafic, s'occuper de la prévention et superviser la situation. C'est dans ce contexte que les premières données et actions fiables concernant l'offre et la demande commencèrent à être disponibles. A cette époque, le Portugal avait déjà ratifié, en 1971, la convention des Nations Unies de 1961 ; le Portugal a ensuite ratifié en 1979 la convention de 1971.

Les années 1980 et 1990

Au cours des années 1980, avec l'explosion démographique dans les zones urbaines et la dégradation consécutive de certains quartiers, la consommation et l'abus de substances psychoactives s'est accrue. En ce qui concerne la consommation problématique de substances, l'héroïne semble venir en tête des drogues consommées de manière excès-

sive ainsi que le cannabis dont l'usage se répand. C'est en 1983 que la consommation des substances incluses dans la convention des Nations Unies de 1961 et les programmes de 1971, généralement dénommées « stupéfiants », ont été incriminées⁸⁵ en Europe. On pensait généralement que la consommation de drogues se limitait au milieu carcéral. Sur la base des mesures jugées les plus appropriées pour prévenir l'usage de la drogue, des campagnes sur les thèmes « Dites non aux drogues » et « Drogues – Violence – Mort » ont été mises en œuvre. Le traitement de la toxicomanie se fondait essentiellement sur des psychothérapies, et des communautés thérapeutiques ont commencé à apparaître.

Vers la fin des années 1980, le Plan national de lutte contre les drogues, appelé « Projecto Vida »⁸⁶ a été formulé pour coordonner les actions concernant l'offre (trafic international et commerce au niveau national) et la demande (prévention, traitement, etc.). Le premier centre de traitement spécialisé pour les toxicomanes⁸⁷ a été créé sous l'égide du ministère de la Santé, avec pour mission de non seulement traiter les toxicomanes, mais aussi de les réhabiliter et les réintégrer dans la société.

Au début des années 1990, le Portugal a ratifié⁸⁸ la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Tout au long de la décennie, la consommation de cocaïne est devenue plus courante, et la consommation du haschisch et de l'héroïne s'est propagée dans les zones urbaines à l'intérieur du pays. En 1993, une nouvelle loi a été promulguée qui couvrait la majorité des questions liées au contrôle de l'offre et de la demande de drogues illicites⁸⁹. A ce jour, ce texte fait force de loi. Même des mises à jour ont été faites sur certains aspects. C'est à cette époque que des programmes de prévention ont été mis en œuvre dans certaines écoles publiques⁹⁰. Ceux-ci fournissaient des informations sur les effets nocifs de l'usage des drogues et sur la politique de réintégration des consommateurs de drogues dans le monde du travail et la société⁹¹. Le besoin accru de programmes de prévention et d'infrastructures de traitement a débouché sur la mise en place du SPTT – Service de prévention et de traitement des toxicomanies – en intégrant tous les services existant

85. Décret-loi n° 430/83.

86. Résolution du Conseil des ministres n° 23/87.

87. « CAT das Taipas » créé en application du décret n° 20-A/87.

88. Décret du Président de la République n° 45/91.

89. Décret-loi n° 15/93.

90. « Viva a Escola », un programme de prévention mis en œuvre par le ministère de l'Éducation.

91. Résolutions du Conseil des ministres n° 104/96 et n° 44/97.

dans les principales zones urbaines⁹², en créant de nouveaux établissements dans presque toutes les grandes villes des districts du pays et en diversifiant les méthodes de traitement avec l'introduction de nouveaux programmes de traitement.

Depuis les années 1990

La situation à la fin des années 1990, caractérisée par la propagation des maladies infectieuses (sida, VIH, hépatite, etc.) en particulier parmi les « usagers de drogues injectables », l'envergure des crimes liés à la drogue (prisons surpeuplées), le dénuement évident des consommateurs problématiques de drogues et la nuisance publique associée à l'usage des drogues illicites, nécessitait une réflexion et un débat sur les différentes dimensions et influences de la situation mondiale. Par conséquent, une « Stratégie nationale de lutte contre les drogues et les toxicomanies » a été formulée. Cette stratégie, motivée par un souci pour la santé publique, mettait l'accent sur la nécessité de réglementer de façon pragmatique le statut juridique de la prévention, l'usage des drogues, la réduction des méfaits causés par ces substances, la réintégration sociale, le trafic de drogues et le blanchiment d'argent, pour obtenir des gains effectifs en matière de santé et atténuer la nuisance publique découlant de l'usage et du trafic des drogues illicites. Une législation intégrée traitant de tous ces aspects a été adoptée et des changements structurels ont été apportés pour adapter les institutions aux exigences du nouveau cadre juridique.

Les lois suivantes ont été publiées : la loi réglementant « l'usage des substances narcotiques et psychotropes sans prescription médicale, et la protection sanitaire et sociale pour les toxicomanes »⁹³ (ladite « loi de dépénalisation de l'usage des stupéfiants »), les « 30 objectifs de lutte contre les drogues et les toxicomanies »⁹⁴, le « Plan d'action national – Horizon 2004 »⁹⁵, le « Cadre pour une mise en œuvre des politiques de prévention des risques et de réduction des méfaits de la drogue »⁹⁶. L'Institut portugais des drogues et des toxicomanies – « IPDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência »⁹⁷ – a été créé pour aider le « coordinateur national de la lutte contre les drogues et les toxicomanies » à mettre en œuvre la stratégie. Tous ces changements ont été

92. Décret-loi n° 83/90.

93. Loi 30/2000.

94. Résolution du Conseil des ministres n° 30/2001.

95. Résolution du Conseil des ministres n° 39/2001.

96. Décret-loi n° 183/2001.

97. Décret-loi n° 43/99.

apportés au moment où, au niveau européen, l'on préparait la stratégie européenne⁹⁸ et le plan d'action européen⁹⁹.

La plus remarquable des mesures précitées est la dépénalisation de l'usage des drogues qui a été remplacée par des sanctions administratives ou des traitements. L'ensemble de ce processus est mené et contrôlé par les « Commissions de dissuasion de l'abus des drogues »¹⁰⁰.

Toutes ces mesures correspondent à un changement dans le paradigme de la prévention de l'usage des stupéfiants. L'on considère de plus en plus l'abus des drogues comme un problème de santé et non comme un comportement criminel ; et le toxicomane comme un patient nécessitant un traitement et des soins de santé, et des mesures de réinsertion sociale, et non comme un criminel ou un délinquant. La mise en œuvre de ces politiques publiques de 1999 à 2004 s'est achevée par des évaluations internes et externes qui constituent un point de référence aux niveaux national et international. À l'issue des conclusions de ces évaluations, pour promouvoir une politique mieux coordonnée et concentrer les ressources, des agences ont été intégrées donnant naissance à l'Institut des drogues et des toxicomanies – IDT¹⁰¹ dont le mandat couvrait tous les domaines concernant la réduction de la demande qui, jusqu'alors, étaient sous la responsabilité de l'IPDT et du SPTT.

Dans l'intervalle, le pays a approuvé et mis en œuvre un nouveau « Plan de lutte contre la drogue et les toxicomanies à l'horizon 2012 »¹⁰², qui est une actualisation de la « Stratégie nationale de lutte contre la drogue », ainsi qu'un « Plan d'action contre la drogue et les toxicomanies – Horizon 2008 »¹⁰³. Actuellement, une évaluation interne de ce plan d'action est déjà en cours pour améliorer les actions qui seront développées dans le cadre du prochain « Plan d'action – Horizon 2012 » pour atteindre les objectifs de la stratégie nationale.

Les données sur l'usage de drogues

Au Portugal, tous ces développements juridiques et institutionnels dans le domaine des stupéfiants se sont déroulés dans un contexte où

98. Le Conseil européen adopte la Stratégie antidrogue de l'UE en décembre 2004.

99. Le Conseil européen adopte le Plan d'action de l'UE sur les drogues (2005-2008) en juin 2005.

100. Décret-loi n° 130-A/2001.

101. Décret-loi n° 269-A/2002.

102. Résolution du Conseil des ministres n° 115/2006, rectifiée par la déclaration de rectification n° 79/2006.

103. Annexe à la Résolution du Conseil des ministres n° 115/2006.

le niveau de consommation des drogues était inférieur à la moyenne européenne pour tous les types de drogues, à l'exception de la consommation problématique des drogues, comme le montrent les indicateurs de prévalence et le mode de consommation. Sur la base de l'enquête nationale sur la population – 2001 »¹⁰⁴, la prévalence au cours de la vie parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans pour l'usage du cannabis était de l'ordre de 8 %, tandis qu'en Angleterre, par exemple, elle se situait à près de 25 % ; pour l'usage de la cocaïne, la prévalence était d'environ 1 % tandis qu'en Angleterre elle se situait à 3 % ; la consommation de l'ecstasy était inférieure à 1 % tandis qu'en Angleterre elle était de 4 % ; cependant, pour l'héroïne, elle était presque égale à celle de l'Angleterre, c'est-à-dire 1 % environ.

Les données des enquêtes en milieu scolaire portant sur l'usage de la drogue montrent que les prévalences chez les élèves portugais de l'âge de 16 ans qui ont fait l'objet de « l'Etude européenne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues – ESPAD » en 1995¹⁰⁵, 1999¹⁰⁶ et 2003¹⁰⁷ étaient en dessous de la moyenne européenne. Par ailleurs, les données de l'enquête nationale en milieu scolaire de 2001¹⁰⁸ et les données préliminaires de l'enquête 2006¹⁰⁹, ainsi que les données de HBSC-OMS concernant le Portugal¹¹⁰, montrent une tendance à la baisse de la plupart des prévalences de l'usage de toutes les catégories de drogues depuis 2001.

Cependant, les résultats des « estimations nationales sur l'usage problématique de drogues – 2001 »¹¹¹ ont indiqué que le Portugal faisait partie des pays figurant en tête de liste au niveau européen : 10 sur 1 000 habitants pour le Luxembourg ; pour le Portugal et le

104. Balsa, C., *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2001*, IPDT, Lisbonne, 2003.

105. Hibell, B., Anderson, B. *et al.*, « Rapport ESPAD de 1995 », CAN/GP, Stockholm, 1997.

106. Hibell, B., Anderson, B. *et al.*, « Rapport ESPAD de 1999 », CAN/GP, Stockholm, 2000.

107. Hibell, B., Anderson, B. *et al.*, « Rapport ESPAD de 2003 », CAN/GP, Stockholm, 2004.

108. Feijão, F., « Os adolescentes e o consumo de substâncias psicoativas : O tempo e o espaço enquanto factores subjacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa », *Toxicodependências*, 13, 1, 2006, pp. 59-75.

109. Feijão, F., « Consumo de substâncias psicoativas pelos adolescentes portugueses. Que evolução de 2001 para 2006 ? », *Toxicodependências*, 13, 3, 2007.

110. Matos, M. *et al.*, *Aventura Social e Saúde. O consumo de substâncias pelos adolescentes portugueses. Relatório preliminar*, FMH/UTL et IDT, Lisbonne, 2006.

111. Negreiros, J., *Une évaluation nationale sur l'usage problématique des drogues*, IDT, Lisbonne, 2003.

Royaume-Uni, les estimations pour l'usage problématique de drogues affichaient le ratio de 7 sur 1 000 habitants, tandis que pour les drogues injectables, le ratio était de 6 sur 1 000 pour le Luxembourg et de 4 sur 1 000 pour le Portugal et le Royaume-Uni. Une autre étude est en train d'être menée pour connaître les estimations nationales qui permettront d'être éclairé, l'année prochaine, sur le niveau des changements qui se sont produits dans ce domaine.

L'analyse des « rapports annuels sur la situation du problème de la drogue » présentés soit au parlement national soit à l'EMCDDA – Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, montre qu'un grand nombre d'indicateurs s'améliorent en ce qui concerne le traitement des problèmes de la drogue : baisse des décès liés à la drogue, des maladies infectieuses, etc¹¹².

13.4. La consommation du tabac

En ce qui concerne la *consommation du tabac*, la prise en charge des problèmes du tabagisme avait toujours été séparée de celle des problèmes liés à la consommation d'alcool ou à l'usage de drogues, dans tous les domaines, à l'exception de la recherche épidémiologique. En fait, les enquêtes en milieu scolaire aux niveaux national et international ou les enquêtes générales sur la population ont toujours inclus toutes les substances psychoactives.

Le Portugal a adopté la « Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac » et a mis en œuvre des mesures préventives en s'appuyant sur les modèles de santé publique basés sur les meilleures pratiques¹¹³ (par exemple, l'augmentation du prix et l'interdiction de la publicité des cigarettes). La prévalence de la consommation du tabac dans la population portugaise est l'une des plus basses des pays de l'UE et est en baisse parmi les adolescents, selon l'enquête en milieu scolaire¹¹⁴.

112. IDT, « Rapport annuel 2006 (statistiques de 2005) présenté à l'EMCDDA – Portugal. Evolutions, tendances récentes et informations détaillées sur des questions spécifiques », IDT, Lisbonne, 2006.

113. OMS-Europe, « Rapport annuel sur l'Europe 2005. Actions de santé publique pour une meilleure santé des enfants et des populations », OMS-Europe, Copenhague, 2005.

114. Direction générale de la santé, *Santé au Portugal : 2007*, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, Lisbonne, 2007.

13.5. Intégration

Comme nous l'avons dit auparavant, à l'issue de la réorganisation qui visait la réduction des effectifs de l'administration publique, il a été décidé d'intégrer les services de prise en charge des problèmes liés à l'alcool dans le cadre national en vigueur régissant la question de l'usage des drogues illicites en les fusionnant dans l'Institut des toxicomanies¹¹⁵.

Au Portugal, les problèmes d'abus du tabac, d'alcool et des drogues sont des questions de santé qui doivent être traitées dans le cadre global de la stratégie sanitaire sous-tendant le « Plan national de la santé 2004-2010 » développé par le ministère de la Santé¹¹⁶. Les objectifs stratégiques visés sont les suivants :

- atteindre des gains sur le plan de la santé aux différentes étapes du cycle de la vie en réduisant le poids de la maladie ;
- utiliser les outils nécessaires dans le contexte organisationnel approprié, notamment en ciblant les changements du comportement des citoyens tout en renforçant les systèmes de santé, en prenant des mesures novatrices et en réorientant le système des soins de santé ;
- mettre à disposition des mécanismes adéquats pour la réalisation du plan, en fournissant des ressources adéquates, en promouvant le dialogue intersectoriel, en adaptant le cadre juridique et en créant des mécanismes de suivi, et de mise à jour du plan.

Dans ce contexte, il est possible d'arriver à intégrer progressivement tous les domaines de dépendance (substances psychoactives, drogues récréatives, sexe, internet, etc.) à condition tout d'abord de partager les approches des « modèles de santé publique basés sur les meilleures pratiques », puis d'instaurer une interdépendance entre les institutions. Dans un futur proche, le partage des infrastructures et des ressources humaines, et des programmes de prévention, etc., deviendra une procédure courante au niveau de l'organisation de la santé, permettant ainsi à toute personne dans une situation de dépendance d'obtenir facilement de l'aide auprès du système de santé, où qu'il ou elle se trouve.

115. Décret-loi n° 221/2007 et Portaria n° 648/2007.

116. Haut-Commissariat de la santé, « Stratégies sanitaires au Portugal. Plan national de la santé 2004-2010 », Haut-Commissariat de la santé, ministère de la Santé, 2007.

14. De politiques isolées en matière d'alcool, de tabac et autres drogues à une politique globale sur les substances psychoactives : le cas de la Roumanie

Andrei Botescu, chercheur à l'Agence nationale roumaine de lutte contre la drogue

14.1. Introduction

La politique roumaine en matière de drogues englobe désormais les politiques relatives à la consommation d'alcool et de tabac ainsi que d'autres drogues illicites et précurseurs. Le principal critère de distinction entre la catégorie de l'alcool, du tabac et celle des autres types de drogues est la dichotomie licite/illicite qui fait référence au caractère légal/illégal de la possession de certaines substances. Alors que, dans le cas de l'alcool et du tabac, la loi prévoit des restrictions sur la consommation dans les lieux publics, la commercialisation pour les mineurs, etc., la possession des substances illicites est strictement interdite.

Les premières mesures concrètes en matière de coordination des politiques sur les drogues licites et illicites en Roumanie ont été prises en 1998. Dans le cadre du Programme national de prévention et de lutte contre l'usage de drogues, le Comité interministériel de lutte contre les drogues a été créé par un arrêté. Il est composé de représentants du ministère de l'Intérieur, du ministère de la Santé et de la Famille, du ministère de l'Administration publique, du ministère de l'Éducation et de la Recherche, et du ministère de la Jeunesse et des Sports. L'activité du comité était également ouverte à la société civile, avec la participation des ONG les plus importantes dans les domaines visant à prévenir la consommation de drogues et la dépendance.

Afin de coordonner les activités au niveau local, un réseau national a été créé ; il est composé de 47 centres de conseil et de prévention en matière de drogues, au niveau du comté et de chaque secteur à Bucarest. Dans le cas des programmes susmentionnés, en l'absence d'évaluations et d'études adaptées sur l'ensemble de la population,

il est très difficile de surveiller les changements de comportement à l'égard de la consommation de drogues et de l'addiction.

14.2. Institutions et projets

14.2.1. Projets internationaux

Le premier document harmonisé concernant l'utilisation abusive de drogues licites et illicites (la Stratégie nationale antidrogue 2003-2005) a été publié en 2003 en même temps qu'était créé un organisme public visant à coordonner et renforcer les politiques contre les drogues, l'Agence nationale antidrogue (ANA).

Les activités du projet de jumelage institutionnel RO/2003/IB-JH-05 – Lutte contre le trafic et l'abus de drogues – ont été menées en 2004. Ce projet, développé en partenariat avec l'Espagne et la France, faisait suite au projet de jumelage Phare 2000, qui a débouché sur la création de l'Agence nationale antidrogue par l'institutionnalisation et l'extension du point focal national sur les drogues et l'adoption de la première Stratégie nationale antidrogue. Le budget du projet s'élevait à 700 000 euros dont 650 000 fournis par l'Union européenne, et les 50 000 euros restants par le Gouvernement roumain. Le projet avait pour objectif global de renforcer la capacité des institutions roumaines à lutter contre le phénomène des drogues, dans une approche globale et intégrée.

14.2.2. L'Agence nationale antidrogue

S'appuyant sur une stratégie nationale, l'ANA définit l'approche générale et la coordination unitaire de la lutte contre le trafic et l'abus de drogues illicites développée par les autorités compétentes ainsi que d'autres institutions publiques et organisations non gouvernementales, consolide et surveille les résultats de la coopération entre les institutions qualifiées roumaines et les organisations étrangères intervenant dans le domaine.

Le ministère de l'Intérieur de la Roumanie abrite dans ses locaux l'Agence nationale antidrogue, dont le point focal national est un département indépendant d'elle et par l'intermédiaire duquel des données épidémiologiques sont compilées annuellement, puis envoyées à l'OEDT, à la Commission européenne et aux institutions nationales qui participent à la coordination des activités relatives aux drogues (ministère de la Santé, ministère de l'Education, ministère du Travail,

parlement, etc.). Les études sur la prévalence de l'usage de drogues se multiplient, par exemple dans le cadre du recensement conduit en 2004. Des études ESPAD portant sur la prévalence en question dans la cohorte des 15-16 ans ont été conduites en 1999, 2003 et 2007. Une étude intitulée *Prévalence de l'usage de drogues dans le système pénitentiaire roumain* a été réalisée en 2006. Toutes ces études épidémiologiques enregistrent l'usage et l'abus de drogues en incluant dans leur protocole la surveillance de l'usage d'alcool aussi bien que de drogues illicites. Cela facilite l'analyse comparative de l'abus d'alcool et de l'abus d'autres types de drogues, ainsi que les corrélations entre l'un et l'autre.

Afin de mieux coordonner les mesures visant à réduire la demande de drogues au niveau local, le personnel de l'ANA a été renforcé aux niveaux central et territorial. La décision gouvernementale n° 1093/2004 a fait des 47 centres de conseil, d'évaluation et de prévention en matière de drogues (6 à Bucarest et 1 dans chaque pays) la structure territoriale de l'Agence nationale antidrogue. Chaque centre compte cinq employés (un spécialiste de l'éducation, un spécialiste de la prévention, un médecin, un psychologue-sociologue et un travailleur social).

14.2.3. Le contexte de la Stratégie nationale antidrogue

La Stratégie nationale antidrogue reposait sur des études menées par des établissements gouvernementaux et non gouvernementaux, des études nationales et internationales ainsi que des statistiques et des pratiques dans ce domaine d'action. Plusieurs observations faites dans ce document permettent d'illustrer la vision d'ensemble. Par conséquent, le nombre croissant de consommateurs d'alcool et de tabac dans la tranche d'âge 15-24 ans, et en particulier chez les femmes, l'augmentation de la production nationale d'alcool et de tabac, ainsi que le nombre croissant de campagnes publicitaires pour le tabac et l'alcool importés constituent les principales préoccupations de la Stratégie nationale antidrogue 2003-2005, ainsi que la hausse de la consommation et du trafic de cocaïne et d'héroïne ou l'afflux d'amphétamines et de stimulants chez les jeunes dans les clubs, discothèques, lieux de divertissement, maisons abandonnées, campus universitaires, etc.

L'un des principaux facteurs déterminants de consommation de drogues et de dépendance est, selon la Stratégie nationale antidrogue 2003-2005, l'acceptation sociale du tabac et de l'alcool. La stratégie vise la modification qualitative et quantitative des niveaux d'acceptation par la société de ces substances par l'information et la prévention,

ainsi que la mise en place de restrictions en matière de commercialisation et de consommation d'alcool et de tabac.

En 2004, la nouvelle Stratégie nationale antidrogue pour 2005-2012 ainsi que le Plan d'action national pour 2005-2008 ont été élaborés. Les grands principes de la Stratégie nationale antidrogue sont à la base de la révision du cadre législatif et la coordination entre les agences, afin d'atteindre les cibles générales fixées dans la stratégie. Le cadre législatif a été mis à jour en révisant les anciens actes réglementaires, en formulant des règles d'application pour certaines lois antidrogue et en ratifiant les lois européennes. Ainsi, 11 actes réglementaires de niveau supérieur et inférieur ont été formulés et approuvés, adaptant les politiques aux besoins identifiés au niveau législatif.

Avec la ratification du Traité d'adhésion à l'Union européenne¹¹⁷, la Roumanie a adopté les réglementations-cadres européennes en matière de drogues. Dans le domaine de la santé publique, la Roumanie a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac¹¹⁸, adoptée à Genève le 21 mai 2003. La convention définit la terminologie spécifique et désigne les taxes comme un moyen de réduire la demande de tabac ainsi que d'autres mesures telles que :

- conditionnement, étiquetage et vente de produits du tabac ;
- mesures de protection contre l'exposition à la fumée du tabac ;
- éducation, communication et sensibilisation du public ;
- publicité et parrainage des produits du tabac ;
- autres mesures relatives à la dépendance au tabac.

La Stratégie nationale antidrogue 2005-2008 a été adoptée en 2005 avec son plan d'action, conformément aux dispositions de la stratégie européenne dans le domaine.

14.3. La Stratégie nationale antidrogue

Conformément aux objectifs de la stratégie antidrogue, des dispositions visant la réduction de l'offre et de la demande de drogues ont été incluses dans les règles de travail et de fonctionnement ou dans

117. Loi n° 157, 24 mai 2005, adoptée par le parlement, *Official Gazette (OG)*, n° 465, 1^{er} juin 2005.

118. Loi n° 332, 15 novembre 2005, adoptée par le parlement, *OG*, n° 1088, 2 décembre 2005.

les règlements internes des institutions actives dans la lutte contre les drogues. Ainsi, les responsabilités en matière de prévention de la consommation de drogues ont été énoncées pour les organismes sociaux (règles d'organisation et de fonctionnement¹¹⁹), et les services médicaux de base apportent une formation médico-sanitaire ainsi que des conseils en matière de drogues, conformément à la règle d'application du contrat-cadre sur la fourniture de soins médicaux¹²⁰. En outre, les programmes de santé mis en œuvre par le ministère de la Santé¹²¹ avaient pour objectif de détecter et de quantifier le risque spécifique que représentaient pour la santé les comportements à risque (consommation de drogues, alcool et tabac), et d'évaluer les connaissances et les attitudes face à ces comportements. Il incombe également à la Caisse nationale d'assurance-santé d'informer annuellement sur les effets négatifs de la consommation de drogues, d'alcool et de tabac.

Les centres et unités psychopédagogiques au sein du ministère de l'Éducation et de la Recherche surveillent les cas à risque pour la consommation de drogues, les troubles du comportement ou l'abandon de la scolarité dans les établissements d'enseignement de premier cycle, selon leurs règles de travail et d'organisation¹²².

En Roumanie, le traitement est assuré par le ministère de la Santé. Le centre de désintoxication de Bucarest et d'autres installations sont accessibles dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux. Au cours des deux dernières années, l'ANA a mis en place un Réseau national de centres de consultation, de traitement et de prévention (CPECA) offrant des services intégrés à ceux qui s'adonnent à des drogues licites ou illicites. Ce réseau se développe et adapte son éventail de services à la demande des clients. En 2008, on a évalué la qualité et l'accessibilité des services offerts par le CPECA. Les principales recommandations auxquelles a abouti cette évaluation signalent la nécessité d'élargir l'éventail et le champ d'action des services de traitement et de consultation spécialisés pour les personnes s'adonnant à l'alcool.

En ce qui concerne la lutte contre le trafic et l'usage de drogues illicites, les compétences ont été généralisées à toutes les structures de

119. Réglementation-cadre du 1^{er} septembre 2005, adoptée par le gouvernement, *OG*, n° 822, septembre 2005.

120. Ordonnance 56, 3 février 2005, adoptée par le ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance-santé, *OG*, n° 134, 14 février 2005.

121. Ordonnance n° 728, 7 juillet 2005, ministère de la Santé, *OG*, n° 651, 22 juillet 2005.

122. Ordonnance n° 5.418, 8 novembre 2005 du ministère de l'Éducation et de la Recherche, *OG*, n° 1.158, 21 décembre 2005.

police, afin de mieux gérer le phénomène des drogues dans la rue¹²³. Dans le domaine de la lutte contre le trafic de drogues et précurseurs licites et illicites, la Roumanie a continué à développer des relations de coopération, ratifiant des accords avec le Royaume de Suède, la République islamique du Pakistan et la République du Chili. En outre, en 2005, la Roumanie est devenue membre du Groupe Pompidou (Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants) du Conseil de l'Europe¹²⁴.

Comme mentionné dans la Stratégie nationale antidrogue 2003-2005, le problème de l'utilisation abusive de l'alcool est dû à son acceptation sociale, l'un des problèmes médicaux et sociaux les plus alarmants de la Roumanie. En outre, la consommation d'alcool est l'un des principaux facteurs des effets graves associés, comme les accidents, la violence, le cancer, la cirrhose hépatique.

14.4. La situation et l'avenir

Dans ce contexte, plusieurs documents comme la Charte européenne sur la consommation d'alcool de 1995, le Plan d'action européen 2000-2005 qui énonce des principes éthiques et des stratégies d'intervention pour réduire la consommation d'alcool et la prévalence, ainsi que la Déclaration de la jeunesse relative à la consommation d'alcool adoptée en septembre 2001 à Madrid sont à la base des objectifs formulés dans la Stratégie nationale antidrogue roumaine 2005 pour protéger les jeunes des conséquences néfastes de la consommation d'alcool.

Selon un rapport de l'OEDT (en 2003) concernant les pays candidats à l'adhésion à l'UE, 90 % des jeunes de moins de 16 ans ont consommé au moins une fois des produits alcoolisés (83 % en Roumanie) et 60 % (43 % en Roumanie) ont été ivres au moins une fois dans leur vie. L'enquête ESPAD fournit des données comparables pour confirmer les estimations susmentionnées et indique également une hausse de la consommation d'alcool associée à la consommation de marijuana – 50 % de plus en 2003 qu'en 1999. Selon les conclusions d'une enquête menée par l'ANA en 2004 sur la prévalence de l'alcool, du tabac et des drogues illicites dans la population générale (auprès de sujets âgés de 15 à 64 ans), la prévalence de la consommation dans l'ensemble de la population est de 87,1 % et de 62,1 % dans le cas du tabac¹²⁵.

123. Directive de l'inspecteur général de la police roumaine n° 135, 9 février 2005.

124. Loi n° 64, 23 mars 2005, adoptée par le parlement, *OG*, n° 251, 25 mars 2005.

125. Plus de détails sur <http://www.ana.gov.ro>.

Pour l'usage du tabac, les dispositions des Directives 72/464 CEE, 92/79 CEE et 92/80 CEE relatives aux mesures d'une taxe spéciale sont intégrées dans la législation nationale depuis 1999. Toutefois, le niveau de l'accise pour les produits du tabac reste inférieur aux taux européens, étant donné que la Roumanie a demandé une période de transition de cinq ans.

Parallèlement, la Stratégie nationale antidrogue 2005-2012 définit des objectifs clairs et des mesures pour informer l'opinion publique sur les risques liés à la consommation et l'abus de tabac et d'alcool, notamment :

- mise en place d'évaluation des risques et d'enquêtes nationales et locales par les centres de conseil, évaluation et prévention en matière de drogues dans les zones à risque, pour la consommation de tabac, alcool et drogues illicites, et création d'un système d'alerte avancée et de surveillance pour la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites au sein de la population scolaire ;
- réalisation de projets d'information, de formation et de communication relatifs aux effets néfastes associés à la consommation de tabac et d'alcool par le réseau territorial des centres de conseil, évaluation et prévention en matière de drogues ;
- lancement de campagnes annuelles d'information et d'éducation aux niveaux national et local par les centres de conseil, évaluation et prévention pour renforcer l'importance de la Journée mondiale sans tabac et la Journée nationale sans tabac.

15. Politique de la Slovénie en matière de drogues

Jože Hren, Dušan Nolimal et Vito Flaker

15.1. Contexte de la politique en matière de drogues avant 1991

En Yougoslavie avant 1991, la politique slovène sur l'alcool et les drogues relevait de la santé, de l'assistance sociale, de l'éducation et des agences pour l'emploi et leurs autorités décentralisées, ainsi que des individus et des groupes concernés d'une façon ou d'une autre par l'alcool et d'autres drogues. En ex-Yougoslavie, à laquelle appartenait la Slovénie, la mise en œuvre de la politique était confiée à des agences chargées de l'alcool et d'autres drogues qui représentaient tous ces domaines et possédaient un pouvoir relatif. Au niveau fédéral était constituée la Commission fédérale de la santé mentale. Bien que le rôle de la société civile et des ONG ne soit pas si marquant qu'aujourd'hui, les agences de la Croix-Rouge ont assumé une responsabilité importante pour la prévention de l'alcool et d'autres problèmes de drogues. Toutes ces agences ont adopté des mesures préventives d'une grande diversité, axées sur l'amélioration de l'information et de l'éducation sur l'alcool et les autres drogues, et sur la limitation de l'abus de drogues.

L'acceptation des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé en ce qui concerne les problèmes liés aux substances psychoactives formait une partie importante des activités de ces organismes. Il existait des approches orientées vers l'individu et des groupes, tels que la famille et des communautés, ainsi que vers la société dans son ensemble. Trois principes de stratégies préventives ont été reconnus :

- l'éducation à la santé en tant que partie intégrale du processus de l'éducation générale et du traitement des toxicomanes ;
- le contrôle de l'alcool et la disponibilité des drogues et des sanctions légales ;
- les approches économiques et politiques ciblées sur le changement social et le développement, notamment les approches

pour éviter la pauvreté, le chômage, la discrimination et la promotion d'une meilleure qualité de vie.

Ces stratégies représentaient les éléments principaux d'une politique globale pour l'alcool et le contrôle d'autres drogues, ainsi que pour la prévention des problèmes liés. Elles étaient également complémentaires.

Après l'indépendance en 1991, la lutte contre les drogues illicites est devenue la principale priorité politique. La question était aussi de développer une politique séparée pour chaque substance : alcool, tabac et drogues illicites. Aujourd'hui les politiques séparées du tabac et de l'alcool sont prioritaires. Les expériences du passé sont toujours édifiantes, en particulier les approches économiques et politiques ciblées sur le changement social et le développement, notamment les approches pour la prévention de la pauvreté, le chômage, la discrimination ainsi que la promotion d'une qualité de vie.

Le premier programme national antidrogue en Slovénie remonte à 1992. Au début des années 1990 s'est produite une forte augmentation de la consommation de drogues parmi les jeunes. Face à cette tendance, le gouvernement a reconnu la nécessité de prendre des mesures efficaces pour protéger la société du grave problème social de santé et de sécurité que représentait la consommation de drogues.

15.2. L'impact des usagers sur la politique, le traitement et la recherche

Au début de la nouvelle vague de l'usage des drogues pendant les années 1990, les usagers ont eu un effet important sur le développement des programmes de traitement, de la recherche ainsi que sur la politique en Slovénie. L'accès au traitement de la méthadone leur ayant été refusé (fermeture d'un programme pilote organisé par un psychiatre), les usagers ont lancé une campagne dès 1990, en mobilisant le public général ainsi que des professionnels afin de protéger leurs droits. De plus, ils se sont associés à des organisations internationales de réduction de risques et à l'OMS, et ont initié le premier programme d'échange d'aiguilles en 1991. Les bases étaient donc posées pour une politique antidrogue relativement progressive qui a établi un bon réseau de cliniques de méthadone ainsi que des activités de réduction.

Le mouvement des usagers en Slovénie était très fort au début des années 1990 mais a quelque peu perdu en puissance dans les années

suivantes. Cependant, les usagers s'appliquaient toujours à prendre des décisions et à discuter des questions importantes. Ils gèrent toujours quelques services (refuge, travail de terrain).

Le commencement de la recherche sur les drogues en Slovénie est aussi lié à cet épisode puisque les usagers voulaient légitimer leurs droits par des données rassemblées pour prouver la nécessité de nouveaux programmes de traitement. La première recherche menée en Slovénie (Flaker *et al.*, 1993) s'est déroulée auprès d'usagers qui prenaient part à l'équipe de recherche et participaient à la collecte de données et l'analyse. Cette tradition perdure, avec les usagers participant à la recherche en tant que consultants, enquêteurs et membres du conseil.

15.3. La politique de drogues depuis 1991

La politique nationale en matière de drogues dépend d'un grand nombre de variables telles que la stabilité politique et économique, la possibilité d'utiliser certains services, l'ampleur de la consommation de drogues et les caractéristiques sociales de ce phénomène, la nature du cadre légal et la situation géographique du pays. En ce qui concerne ce dernier point, il faut relever que la Slovénie est située sur un important itinéraire de transit (la route des Balkans – qui traverse le pays d'est en ouest) utilisé dans les deux directions par les producteurs et les trafiquants de drogues illicites.

Le degré de priorité qu'un pays donne à la politique en matière de drogues dépend de la « visibilité » du problème dans la société, des groupes sociaux les plus exposés et des idées un peu floues que la consommation de drogues éveille parmi le public. Interviennent aussi, dans le même temps, des facteurs historiques, criminologiques, sociaux et culturels actuels.

Pour être compris, les problèmes liés à l'abus de drogues doivent aussi être replacés dans le cadre de questions sociales plus vastes telles que la pauvreté, l'emploi et le chômage, les sans-abri et les effets de l'exclusion sociale. L'amélioration du statut social individuel, le soutien accordé aux groupes vulnérables et à ceux dont les conditions de vie sont particulièrement difficiles renforcent la protection par rapport à la consommation et à l'abus de drogues. En soulignant ces questions en Slovénie, la recherche qui transcendait l'évaluation des services et jetait la lumière sur les contingences sociales de l'usage des drogues (par exemple Falker *et al.*, 1999) a été déterminante pour formuler ces questions dans la politique en matière de drogues.

Tout ce qui vient d'être mentionné a par conséquent une influence sur la compréhension sociale que l'on a aujourd'hui du phénomène de la consommation et de l'abus de drogues, et sur le choix de la méthode à appliquer pour remédier aux effets nocifs ; cette méthode ne peut être qu'intégrale et faire appel dans une large mesure à la coopération mutuelle entre divers secteurs, entre les experts, la société civile et l'administration, du niveau local à l'Etat.

Conjointement avec la législation en matière de drogues adoptée en 1999 et 2000, la première stratégie nationale a été jusqu'en 2004 le document de base permettant de mettre en œuvre plusieurs activités dans ce domaine. D'importants changements de législation et le développement d'autres domaines professionnels ont eu lieu à cette époque. Ces dernières années, l'offre de drogues a augmenté, elle est devenue plus variée, et simultanément il est devenu plus facile de s'en procurer, de nouvelles drogues sont apparues. Il s'est ensuivi une augmentation de la consommation parmi la population qui a rendu de plus en plus nécessaire la création de nouveaux programmes de réduction de l'offre et de la demande de drogues, et de programmes de réduction des risques provoqués par la consommation de drogues.

Compte tenu de l'évolution de la situation, l'élaboration d'un nouveau programme national était devenue urgente : le Service public en matière de drogues, conformément à la loi sur la prévention de l'usage de drogues illicites et le traitement des toxicomanes, a donc préparé avec tous les ministères concernés et la société civile une nouvelle résolution sur un programme national antidrogue. Le Programme national en matière de drogues (ReNPPD), résultat de l'évolution sociale actuelle, harmonise plusieurs approches sectorielles en relation avec les objectifs, les tâches prioritaires, les sources et les coûts. Le ReNPPD repose par conséquent explicitement sur le principe d'une coopération intersectorielle équilibrée établissant des relations de partenariat entre l'Etat et la société civile sur la base des besoins et des effets.

L'adhésion de la Slovénie à l'Union européenne et l'adoption de l'acquis communautaire ont créé en matière de drogues de nombreuses et nouvelles possibilités de prendre des mesures, et des défis pour plusieurs activités de protection de la santé, de politique sociale et d'éducation, sans oublier celles de la police, des douanes et du système judiciaire. Le pays a harmonisé sa législation avec les conventions de l'Union européenne et d'autres normes internationales. Le ReNPPD tient compte du cadre légal international, des conventions des Nations Unies, des dispositions du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne, et d'autres traités internationaux et recommandations dans divers domaines professionnels.

15.4. Stratégie nationale en matière de drogues

Le cadre juridique de base du ReNPPD en Slovénie provient de la Constitution, de la législation, des conventions des Nations Unies, des normes de l'UE, des dispositions du Conseil de l'Europe et des buts concrets que notre société souhaite atteindre entre 2004 et 2009. Les principaux objectifs de la politique slovène en matière de drogues sont d'empêcher la consommation et de diminuer les problèmes sanitaires et sociaux provoqués par l'abus de substances. Reste à doter cette politique de meilleurs moyens d'éviter l'apparition des problèmes de drogues et d'alcool, et à adjoindre un traitement efficace, une bonne réadaptation et des mesures appropriées de réduction des risques.

La stratégie slovène de lutte contre la drogue a été approuvée par l'Assemblée nationale. En voici les points clés :

- création d'un système d'information efficace ;
- réduction de la demande de drogues (prévention, programmes de réduction des risques, programmes de traitement, programmes pour résoudre les problèmes sociaux) ;
- société civile : établissement d'une meilleure coopération entre les programmes gouvernementaux et non gouvernementaux ;
- activités dans le domaine de la réduction de l'offre de drogues ;
- activités visant à la réduction de la production illégale et du trafic de drogues de synthèse ;
- recherche, évaluation et éducation.

15.4.1. Objectifs stratégiques

Le ReNPPD porte la marque d'une approche holistique et offre une compréhension de base du problème de la drogue dans la société. Il se préoccupe avec une même attention des mesures de réduction de la demande et des mesures de réduction de l'offre. Mais il manque à ce document une partie pourtant nécessaire à son application, le « plan d'action » qui prévoit les tâches concrètes des acteurs, le cadre temporel, l'analyse des résultats et les ressources financières. Le Service des drogues, principal organe de coordination des efforts d'élaboration et de mise en œuvre de la stratégie antidrogue, n'a pu préparer ce document en raison de la réorganisation des structures gouvernementales en 2004. C'est désormais le ministère de la Santé qui est compétent pour toutes les questions qui touchent à la politique nationale en matière de drogues.

Coopération, coordination et assurance-qualité des mesures sont désormais considérées comme des éléments indispensables à l'application efficace de la politique en matière de drogues. Les efforts de chacun dans le domaine de l'abus de drogues et d'alcool (communauté, parents, organisations de bénévoles, municipalités et organes nationaux) doivent se compléter les uns les autres (en formant une chaîne de mesures globale et dynamique). Le gouvernement soutient le travail des organisations bénévoles dans le domaine de la drogue. Les instruments les plus importants pour réduire l'offre de drogues sont les normes et les contrôles. En ce qui concerne la réduction de l'offre, trois ministères sont compétents : l'Intérieur, la Justice et les Finances.

Les principales mesures de réduction de la demande sont l'information, la prévention, le changement d'attitude, les campagnes au niveau local et le contrôle du problème de la drogue. Pour être efficaces, les mesures préventives doivent cibler les individus, les groupes à risque et des segments de population plus vastes tels que les enfants, les jeunes, les groupes d'adultes sur le lieu de travail par exemple ou dans des centres de loisirs, et les personnes aux prises avec un problème de drogues ou d'alcool.

Depuis quelques années, les traitements à bas seuil existants se développent grâce au soutien toujours plus grand que leur accorde l'Etat. Le développement de la coopération internationale et celui de la mobilisation au niveau local sont des points considérés comme cruciaux pour réduire la possibilité de se procurer de la drogue dans les années à venir. Un débat est en cours sur la consommation de substances synthétiques, l'efficacité des traitements et la possibilité de pratiquer l'injection sécurisée.

15.4.2. Défis politiques

Dans certains cas, la prévention et le traitement des troubles liés à l'alcool et à la consommation de drogues se recourent ; dans d'autres ils exigeront des méthodes et des compétences spécifiques. Les principaux défis demanderont les actions suivantes :

- mener une politique de réduction de l'abus de substances ;
- rendre plus strict le contrôle du trafic illicite et de la production ;
- renforcer les efforts de prévention aux niveaux local et national ;
- s'assurer que les usagers obtiennent une aide et un traitement efficaces.

15.5. La situation des drogues en Slovénie

L'alcool reste la drogue la plus répandue dans la population générale et la culture des jeunes. Ces dernières années, la consommation de drogues parmi les jeunes s'est grandement stabilisée. Le nombre de décès dus à des overdoses est faible et stable mais a subi une légère augmentation l'an passé. En 2000-2002, l'augmentation de la consommation de substances illicites s'est infléchie. Le nombre de saisies des substances les plus courantes et le nombre de personnes déférées à la justice ont augmenté. La Slovénie est un pays où le niveau VIH/sida reste « faible », moins d'une personne sur 1 000 habitants ayant contracté le virus. A l'heure actuelle, il n'y a toujours pas de preuves d'une diffusion rapide du VIH parmi la population de toxicomanes par injection et leurs partenaires.

Le travail de prévention s'appuie sur des mesures locales, jouant sur les interactions entre la vie de famille, l'école, le secteur social et celui de la santé, le secteur culturel et les services de police. Les groupes d'action locale ont été mis sur pied dans ce but et jouent désormais un rôle important. Il en existe près d'une cinquantaine et chacun d'eux coopère avec les municipalités pour développer les compétences, créer des méthodes de travail innovatrices, élaborer des programmes de prévention. Ils forment un réseau qui organise au niveau national conférences et cours de formation. Il existe beaucoup de programmes de prévention destinés aux écoles, mais seul un petit nombre d'entre eux sont évalués scientifiquement.

Au cours des douze dernières années, l'accent a été mis sur le développement de plusieurs programmes d'assistance sanitaire et sociale. Le gouvernement a mis des fonds importants à disposition des organisations de prévention et de traitement, des communautés thérapeutiques, des communes et des centres de jour, des programmes de substitution, des programmes de distribution d'aiguilles et du travail de terrain. En Slovénie, contrairement à d'autres pays, la couverture du traitement assisté à la méthadone est satisfaisante. Les critères d'admission au programme de méthadone ne sont pas restrictifs. Depuis 2007, six bus sillonnent le pays, distribuant information, aide et conseils, aiguilles propres, seringues et préservatifs.

Différents services de traitement et de réadaptation ont été créés en Slovénie selon des approches professionnelles et idéologiques diverses, basées sur la psychothérapie professionnelle, le principe de la communauté thérapeutique et les principes chrétiens. Les études sur le traitement et son évaluation ont été effectuées dans des centres de recherche et des facultés universitaires.

L'assistance en fin de traitement semble être le maillon faible de la chaîne de réadaptation. Le suivi et la construction d'un réseau autour des personnes concernées sont souvent pauvrement organisés, avec un horizon à trop court terme. Certaines institutions appliquent systématiquement leur propre régime de postcure.

Pendant une peine de prison, les détenus toxicomanes ont la possibilité de participer à divers programmes d'éducation, d'activités récréatives ou de travail ; à leur sortie ou après leur sortie de prison, ils peuvent bénéficier d'un programme de soutien psychosocial. L'administration pénitentiaire nationale a exigé que les prisons autorisent l'eau de Javel mais il n'existe aucun programme de distribution d'aiguilles dans les prisons slovènes. La loi donne aux détenus toxicomanes la possibilité de suivre le traitement qui leur convient, notamment le programme de maintenance à la méthadone. En général, la demande de purger une peine en institution est refusée.

15.6. Conclusion

Pour la mise en place de la politique antidrogue en Slovénie, en plus du développement international et les traités, le dialogue ainsi que les activités des professionnels, des chercheurs et des usagers ont créé la partie essentielle de la politique (par exemple les centres de méthadone, les programmes de la réduction des risques). La connaissance et le professionnalisme de tous les acteurs clés dans le domaine, y compris les hommes politiques, étaient d'une valeur déterminante dans le développement de la politique de lutte. On constate l'implication positive des hommes politiques dans le fait que relativement beaucoup de fonds ont été consacrés pour lutter contre la drogue. A noter le savoir-faire et le professionnalisme de tous les acteurs clés de la politique en matière de drogues, en particulier des hommes politiques qui en ont soutenu le développement. L'engagement des politiciens se mesure aux fonds relativement importants qui ont été attribués pour lutter contre la drogue.

Les projets de bas seuil existant depuis le début des années 1990 – en particulier le programme d'échange d'aiguilles – ont, selon un grand nombre d'hommes de terrain, de chercheurs et de politiciens slovènes, grandement contribué à une prise de conscience rapide de la nécessité de la prévention VIH parmi les toxicomanes et le grand public. Ils ont créé des conditions favorables pour maintenir la prévalence VIH à un bas niveau dans un pays où la prévalence de la consommation d'héroïne par injection est relativement élevée.

Un enseignement a pu être tiré de la pratique et la recherche, à savoir que notre compréhension de la consommation de drogues et de sa prévention, de son début, de son cours et de sa fin doit être plus différenciée. La consommation de drogues est un phénomène complexe qui ne peut être expliqué seulement par les conditions pharmacologiques, psychologiques, physiques, sociales ou politiques. Pour en avoir une compréhension pleine et entière, il faut tenir compte de sa dynamique et des interrelations entre ses différents aspects. Pourtant, cette compréhension n'est pas efficace si elle n'est pas partagée par les acteurs et si la connaissance acquise par l'expérience des usagers n'est pas mise en valeur et intégrée dans le raisonnement commun.

Bibliographie

Flaker, V. *et al.*, *Project « Stigma ». The interim report to WHO*, University of Ljubljana, School for Social Work, Ljubljana, 1992.

Flaker, V., Grebenc, V., Rode, N., Belin, J., Fojan, D., Grosicar, A., Feher, I., Santelj, M., Kastelic, A., Zupancic, D. et Merdanovic, Z., *Landscapes of Heroin Use in Slovenia : Harm Reduction Point of View* (Research Report), University of Ljubljana, School for Social Work, Ljubljana, 1999.

Kastelic, A. et Kostnapfel, T., *Drug Addiction Treatment in the Republic of Slovenia*, Odvisnosti-Addictions, Ljubljana, 2003.

Petric, Vesna Kerstin, *Report on the Drug Situation in Slovenia in 1997*, Ministry of Health, Ljubljana, 1998.

Report on the Drug Situation in Slovenia in 2006, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana, 2006.

Resolution on the national program in the area of drugs 2004-2009, 2004 (<http://www.uradzadroge.gov.si>).

16. Passer de politiques séparées en matière d'alcool, de tabac et de drogues illicites à une politique en matière d'addictions : le cas de la Suisse

Markus Jann, chef de la section Drogues, Office fédéral de la santé publique, Suisse

16.1. Le contexte suisse

La Suisse, située au cœur de l'Europe occidentale, entre l'Allemagne, la France, l'Italie, l'Autriche et le Liechtenstein, est l'un des plus petits pays du continent européen. Elle compte une population de 7 millions d'habitants, avec quatre cultures linguistiques différentes (alémanique, romande, italienne et romanche). Les étrangers représentent 20 % de la population, dont un peu moins de la moitié ont pour langue maternelle une langue autre que l'une des quatre langues parlées en Suisse.

Le système politique et administratif de la Suisse est extrêmement fédéraliste, la responsabilité d'un grand nombre de compétences publiques étant répartie entre les autorités fédérales, les 26 cantons et les plus de 2 500 communes. En particulier, ce sont principalement les cantons qui sont chargés de la politique en matière de santé et d'éducation. En vertu des principes de l'initiative populaire et des droits au référendum, le public exerce sur la Constitution politique du pays une influence considérable. Tout amendement à la Constitution et de nombreuses lois doivent être soumis à un vote populaire avant de pouvoir entrer en vigueur. Le gouvernement – organe collégial de sept ministres – est constitué de représentants des quatre principaux partis du pays, qui regroupent collectivement quelque 80 % de l'électorat.

16.2. Données empiriques sur l'usage de drogues

Les problèmes de drogues – au sens des conséquences de l'usage de substances psychoactives illicites telles que perçues par le public – se posent en Suisse, comme dans beaucoup d'autres pays européens,

depuis les troubles sociaux de la fin des années 1960 et du début des années 1970. Pendant longtemps, les perceptions de l'opinion publique et des spécialistes étaient centrées sur l'usage d'héroïne et les multiples problèmes d'ordre sanitaire, psychosocial, économique et social liés à cette consommation, ainsi que sur l'usage de produits à base de cannabis.

Toutefois et ainsi que le montrent les données épidémiologiques suivantes (prévalence au cours d'une vie chez les 15-39 ans entre 1992 et 2002), les modalités de consommation et les problèmes connexes ont considérablement évolué au cours des quelque quinze dernières années :

- la proportion d'individus faisant usage de drogues illicites quelles qu'elles soient est passée de 16,7 % à 28,2 % ;
- cette hausse s'explique principalement par la progression de l'usage de cannabis (passé de 16,3 % à 27,7 %) ;
- au cours de la même période, on a également constaté une légère hausse de l'usage de cocaïne (passé de 2,7 % à 2,9 %) ; les experts ont observé une nouvelle progression importante de cette consommation au cours des quelque dernières années ;
- en revanche, l'usage d'héroïne a nettement diminué, passant de 1,3 % à 0,9 % ; au cours de la même période, le nombre d'héroïnomanes dépendants, tels qu'estimé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a chuté d'environ 25 %.

16.3. Perceptions des problèmes de drogues par le public et les décideurs

Depuis 1988, la population suisse est interrogée chaque année sur les problèmes qu'elle estime les plus graves. Jusqu'en 1994, la proportion de personnes interrogées estimant que la drogue constituait un problème important a varié de 62 % à 76 %. Depuis lors, ce chiffre a régulièrement et fortement baissé, puisqu'il n'est plus désormais que de 14 %. Par conséquent, dans l'esprit de l'opinion publique, la question des drogues – jadis considérée comme très grave – est devenue un phénomène marginal rarement évoqué.

Les enquêtes conduites dans le cadre du programme « Drogenmonitor » au cours des années 1990 permettaient de se faire une idée des domaines liés aux drogues illicites dans lesquels le public estimait que l'Etat devait intervenir. Par exemple, la quasi-totalité de la population (plus de 90 %) se déclarait favorable aux poursuites pénales à l'en-

contre des trafiquants de drogues, aux mesures de prévention dans les écoles, aux programmes de soins, au principe de « l'aide à la survie » et aux programmes d'échange d'aiguilles pour empêcher la transmission du VIH. Une proportion légèrement inférieure mais néanmoins importante de la population – environ 65 % – indiquait préférer la prescription médicale d'héroïne et l'aménagement de salles d'injection de drogues. Enfin, une part considérable de la population, sans pour autant qu'elle soit majoritaire, se déclarait favorable aux propositions visant à tolérer l'usage et la vente (encore interdits) du cannabis et la vente libre de cannabis et de marijuana, de même qu'aux propositions visant la désintoxication forcée de tous les usagers dépendants. La grande majorité de la population était opposée à l'idée de tolérer la vente et l'usage de petites quantités d'héroïne et de cocaïne destinées à une consommation personnelle, de même qu'au principe des peines de prison et des amendes pour tous les usagers de drogues illicites.

Eu égard à l'action de l'Etat, le « Drogenmonitor » a également révélé qu'en 1997, alors qu'une forte majorité de la population était favorable aux quatre piliers de la politique fédérale en matière de drogues – prévention, application de la loi, thérapie et réduction des risques –, une forte proportion de la population estimait les efforts fédéraux insuffisants dans les domaines de la prévention (52 %) et de la lutte contre le trafic de drogues et le blanchiment d'argent (71 %). Environ la moitié de toutes les personnes interrogées déclarait préconiser l'application simultanée d'une palette d'instruments d'action publique, comportant à la fois des éléments de tolérance et de répression, alors qu'un cinquième environ prônait une politique exclusivement tolérante, tandis qu'un autre cinquième aurait voulu une politique entièrement fondée sur la répression.

Les opinions sur les questions de drogues varient considérablement en fonction de l'âge et des origines culturelles. Les plus jeunes sont beaucoup plus favorables aux mesures de libéralisation et sont beaucoup plus souvent favorables à une politique tolérante ou mixte, alors que les plus âgés ont tendance à favoriser une politique plus restrictive. Bien que l'opinion publique semble favoriser une politique mixte dans toutes les régions linguistiques, les francophones ont tendance à privilégier une politique restrictive, alors que les germanophones penchent davantage en faveur des composantes libérales de la politique.

Une enquête menée en 2000 indiquait que les opinions relatives à la politique en matière de cannabis étaient fortement contrastées. La moitié des personnes interrogées se déclaraient favorables à une politique libérale, fondée sur la légalisation ou, du moins, une tolérance de la culture, du commerce et de la consommation de cannabis, alors

que l'autre moitié était fermement opposée à ce type de politique, préférant les interdictions et la stricte application de la loi. Ici aussi, c'est la jeune génération et les habitants de Suisse alémanique qui étaient les plus favorables au modèle libéral, tandis que les personnes plus âgées et les Suisses romands avaient tendance à approuver les mesures répressives.

Ces attitudes du grand public suisse se retrouvent dans les positions en matière de politique de la drogue adoptées par les partis politiques. Au sein des divers partis, il existe un fort consensus en vertu duquel la prévention, l'application de la loi et le traitement doivent constituer des éléments clés de la politique publique en matière de drogues. Par contre, les points de vue des partis politiques sont fortement contradictoires s'agissant de la composante « réduction des risques » (les mesures les plus importantes étant la prescription médicale d'héroïne et la mise à disposition de salles d'injection) et la question de savoir si la production, le commerce et l'usage de cannabis doivent être légalisés. Sur ces deux points, on retrouve deux entités rivales, représentant chacune un effectif équivalent : le camp libéral, composé des partis de gauche, des écologistes et des libéraux non socialistes, et le camp répressif, composé de représentants conservateurs et de partis de droite.

Vers la fin des années 1990, les attitudes nuancées du public à l'égard des divers aspects de l'usage de drogues, telles que précédemment révélées par les sondages d'opinion, ont été confirmées par les résultats des votes sur deux initiatives populaires et un décret fédéral : les propositions relatives à une politique axée sur l'abstinence et à une vaste légalisation des drogues ont toutes deux été rejetées à une forte majorité (avec plus de 70 % de votes négatifs dans les deux cas), alors qu'une étroite majorité a estimé que le traitement à base d'héroïne pouvait constituer une nouvelle option thérapeutique. A ce jour, ces référendums sont généralement réputés constituer une légitimation générale de la politique actuelle du gouvernement de lutte contre les drogues, fondée sur les quatre piliers susmentionnés.

16.4. L'élaboration de la politique suisse en matière de drogues

Jusque vers le milieu des années 1970, la législation suisse relative aux drogues illicites reposait dans une large mesure sur les obligations découlant de traités internationaux. La loi sur les stupéfiants, introduite en 1924, qui imposait des exigences en matière d'obtention de licences pour la production, le traitement et la commercialisation

de l'opium, de la morphine et de la cocaïne, alignait la réglementation suisse sur la Convention internationale de l'opium de 1912. En 1951, à la suite d'un certain nombre d'autres traités internationaux, l'héroïne – qui jusque-là n'était que contrôlée – a été complètement interdite, tandis que la culture du chanvre aux fins de production de cannabis a été soumise à autorisation. En 1968, à la suite de nouveaux engagements internationaux de la Suisse, la culture du chanvre pour la production de stupéfiants a également été interdite. Les dispositions et les définitions continues dans toute cette législation ont été intégralement reprises, sans modification de traités internationaux, puisque la Suisse n'avait pas encore connu à cette époque de problèmes de drogues graves.

En réalité, la politique de la Suisse en matière de drogues a été mise en place dans les années 1970. Elle a été principalement modelée par trois évolutions :

- à partir de la fin des années 1960, la consommation de stupéfiants à des fins non médicales et les problèmes y afférents ont pris les proportions d'un phénomène social de plus en plus important, tant sur le plan épidémiologique que dans l'esprit du public. La consommation de stupéfiants, qui n'avait pas encore été expressément érigée en infraction, a d'abord donné lieu à une pratique judiciaire plus restrictive, puis sanctionnée au titre d'une législation amendée. Des efforts ont été déployés afin d'obtenir le respect de cette interdiction par des initiatives rigoureuses, mais en grande partie inutiles, d'application de la loi. En outre, des centres de traitement avec ou sans hospitalisation ont été progressivement ouverts ;
- dans les années 1980, la question des drogues a pris davantage d'acuité en Suisse. On a enregistré de fortes hausses du nombre d'usagers dépendants et de décès liés aux drogues, et, en particulier, une progression des taux d'infection au VIH. On a vu apparaître des « scènes ouvertes de la drogue » dans les grandes villes, lieux de consommation tolérés. Ces différentes évolutions ont mené à d'importantes modifications de la politique en matière de drogues. D'abord, les décideurs, la justice pénale et les programmes de traitement ont concentré leurs efforts sur les usagers de drogues injectables et sur leurs problèmes. Les services de traitement concernés ont été professionnalisés, des programmes de substitution à la méthadone ont été largement introduits dans les traitements ambulatoires et des programmes de réduction des risques (échange d'aiguilles, salles d'injection et divers services « à bas seuil ») ont été proposés aux

usagers dépendants ne voulant ou ne pouvant pas viser l'abstinence. Deuxièmement, en Suisse alémanique, les mesures de répression ont été réduites. Le commerce de détail et l'usage des drogues douces – de même que les drogues dures dans certaines « scènes ouvertes des drogues » – ont cessé de faire l'objet de poursuites et ont donc ainsi été *de facto* tolérés. En Suisse romande, une politique axée principalement sur une stricte application de la loi a été adoptée, et les mesures de réduction des risques ont été largement rejetées ;

- en 1994, on a constaté une forte hausse de la violence dans les « scènes ouvertes des drogues » de diverses villes et une concentration de misère visible liée aux drogues. Les images de la ville de Zurich ont été diffusées dans le monde entier, et notamment celles du fameux « Parc des aiguilles ». Le caractère insoutenable de ces images affligeantes pour le public en général et les inquiétudes exprimées par de nombreux politiciens quant à la réputation internationale de la Suisse ont finalement déclenché une autre vague d'innovations sur le plan de la politique des drogues. Les lieux de consommation ouverts ont été fermés par la police, et tout nouveau centre de consommation a été rapidement fermé. Les services « à bas seuil » ont été renforcés, les programmes de substitution à base de méthadone ont été élargis et ont commencé à porter sur d'autres substances, tandis que les traitements à base d'héroïne ont été ajoutés à la palette des solutions disponibles.

Depuis lors, le problème des drogues a considérablement diminué en Suisse. Les scènes ouvertes ont disparu, et le nombre de décès liés aux drogues, de séropositifs et d'hépatites a considérablement chuté, tandis que le nombre d'usagers gravement dépendants s'est stabilisé à un faible niveau.

Au cours de la même période, la politique fédérale en matière de drogues a été renforcée. En 1994, le gouvernement a officiellement endossé la politique fondée sur quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques et application de la loi) dont il a fait le fondement de sa politique en matière de lutte contre les drogues. En 1991, puis en 2002 et 2006, le gouvernement a approuvé des programmes de mesures, dont chacun portait sur plusieurs années, en vue de réduire les problèmes de drogues en Suisse. Chacun de ces plans d'action comporte un grand nombre de mesures individuelles, en vertu desquelles les autorités fédérales s'engagent à assumer leurs responsabilités en matière de lutte contre les drogues et d'aider les cantons, qui portent l'essentiel de la responsabilité en matière de politique des drogues et de sa mise en œuvre en Suisse.

16.5. Les fondements juridiques de la politique de lutte contre les drogues

Toutes les mesures précitées reposent sur la loi sur les stupéfiants, dont la dernière révision remonte à 1975. Au cours de la première moitié des années 1990 en particulier, de nombreuses motions politiques – avec des objectifs largement variables – ont été soumises au parlement. En 1994, trois des quatre partis au pouvoir ont appelé à la dépénalisation de la consommation de drogues, à une multiplication des traitements à base d'héroïne, à un renforcement des efforts de prévention et à la répression du trafic de drogues.

Au terme de longs préparatifs, le gouvernement a enfin soumis une révision de la loi sur les stupéfiants au parlement en 2001. Au nombre des modifications proposées, il s'agissait notamment de faire de la politique en matière de drogues une question de santé publique, d'intégrer à la loi la politique en quatre axes déjà appliquée depuis un certain nombre d'années, de dépénaliser l'usage de cannabis et de fournir de solides fondements juridiques au traitement à l'héroïne. Le Conseil des Etats – première chambre à étudier la révision – a approuvé l'introduction du projet de loi et voté en faveur des principales modifications proposées. Toutefois, du fait de l'opposition à la dépénalisation de l'usage de cannabis, une majorité du Conseil national a refusé l'introduction du projet de loi.

La révision a donc été rejetée et la loi de 1975 reste pour l'instant le fondement légal des mesures de la politique du gouvernement en matière de drogues. L'échec du projet de loi a été largement perçu dans les cercles politiques et spécialisés comme un signe témoignant du peu de marge de manœuvre politique dans le domaine des drogues illicites. Néanmoins, une nouvelle initiative populaire pour une politique rationnelle en matière de chanvre et une protection efficace de la jeunesse a finalement été soumise vers la fin de l'année 2006. Cette initiative appelle à la légalisation de l'usage et de la consommation de chanvre à des fins personnelles ; en outre, les autorités fédérales doivent publier des règlements concernant la culture, la production, l'importation, l'exportation et le commerce de substances psychoactives fabriquées à partir de chanvre ; enfin, l'initiative populaire appelle également à des mesures de protection de la jeunesse. Cette initiative fait actuellement l'objet de délibérations préliminaires au parlement, et elle sera soumise au vote populaire au cours des années à venir.

16.6. Contexte international

Au niveau international, la Suisse a été très active durant les années au cours desquelles elle a vu s'aggraver ses problèmes de drogues illicites. La Suisse a participé aux travaux du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe et à ses comités d'experts depuis les années 1970, ainsi qu'à la Commission des Nations Unies sur les stupéfiants.

La Suisse a ratifié la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants des Nations Unies telle qu'amendée par le Protocole de 1972 et par la Convention de 1971 sur les substances psychotropes. Alors qu'elle appliquait *de facto* depuis longtemps la Convention de 1988 des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, la Suisse a ratifié cette dernière convention en septembre 2005, au terme d'un processus politique interne ayant mené à l'approbation de la convention.

Lors de la conférence annuelle des ambassadeurs organisée à Berne en septembre 2001, le conseiller fédéral aux Affaires intérieures a présenté la nouvelle politique contre la drogue, le projet de révision de la loi sur les stupéfiants et un train correspondant de mesures visant à réduire les problèmes liés à la drogue (ProMeDro).

En février 2001, la Suisse a accueilli la « International Network Conference » sur les nouvelles orientations en matière de traitement par substitution avec prescription d'héroïne, ce qui lui a permis de bénéficier d'une tribune internationale devant laquelle elle a pu passer en revue et commenter cinq années d'expérience en matière de traitement à l'héroïne.

Lors de la conférence ministérielle sur le cannabis en février 2002, la Suisse a accepté de participer à l'INCANT (INternational Cannabis Need of Treatment), un projet international sur l'efficacité de la thérapie ambulatoire familiale multidimensionnelle par rapport au traitement ambulatoire conventionnel pour les adolescents ayant une consommation de cannabis problématique.

En coopération avec l'Allemagne, la Suisse a également lancé le projet « Realize it » (développement et introduction d'un programme d'intervention bref pour des jeunes à risque de dépendance), à la suite d'une conférence internationale en mars 2002, au cours de laquelle la Suisse a présenté ses idées sur la prise en charge des problèmes liés au cannabis à la lumière de la dépénalisation de l'usage de cannabis, qui était encore envisagée à l'époque.

Comme la Suisse ne fait pas partie de l'Union européenne, elle n'a pas engagé d'effort particulier de coopération avec l'Union dans ce domaine, pas plus qu'elle ne cherche particulièrement à aligner sa politique en matière de drogues sur celle de l'UE.

16.7. Relation entre politique des drogues et politique alcool/tabac

Le public et les décideurs suisses se concentrent principalement sur l'usage de drogues illicites, ne s'intéressant que dans une moindre mesure aux problèmes liés au tabac et à l'alcool. En même temps, les problèmes découlant de l'usage d'autres substances psychoactives (médicaments) ou attribuables à une dépendance non liée à des substances sont rarement évoqués. De même, il est rare que l'on fasse le lien entre les caractéristiques communes de la consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac, ou les problèmes y afférents.

On retrouve une segmentation analogue dans les milieux professionnels. Trois cultures coexistent, largement différentes sur le plan de leurs valeurs et de leurs normes, et chacune proposant des programmes séparés de prévention, de conseil et de traitement. Bien que ces trois volets soient rarement interconnectés et même s'il n'existe entre eux que des échanges limités, l'on a pu déceler au cours des quelques dernières années une tendance de plus en plus marquée vers l'intégration et le rapprochement. Cette évolution est due, d'abord, à une progression de la dépendance croisée entre les trois segments (consommation simultanée de diverses drogues illicites, d'alcool et de tabac) et au phénomène du transfert d'addiction (passage de drogues illicites à l'alcool). Il existe aussi une prise de conscience croissante du fait que les efforts de prévention non spécifiques à la dépendance poursuivis dans les trois segments (surtout au chapitre de la protection des jeunes) sont largement identiques. Récemment, des points communs ont également été relevés dans les domaines du conseil et du traitement, et il devient de plus en plus évident que la définition de la dépendance donnée par l'OMS (nomenclature ICD) sous-tendant les travaux dans les divers segments est partagée par tous. Dans ces conditions, divers cercles de spécialistes ont appelé, au cours des quelques dernières années, à une vision globale de tous les problèmes de dépendance et à une politique plus cohérente en matière d'addictions.

La segmentation que l'on peut trouver dans le domaine professionnel se retrouve également au sein de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) où, pendant de nombreuses années, des services administra-

tifs différents et largement non coordonnés ont coexisté – avec des programmes et des budgets séparés – pour les drogues illicites, l'alcool et le tabac. Toutefois, en 2002, l'OFSP a répondu aux appels de plus en plus nombreux des spécialistes qui demandaient une approche globale en commandant un rapport à un expert externe, qui contient un ensemble de documents et d'éléments tendant à justifier une intégration plus importante des activités fédérales en matière de lutte contre les addictions. Le rapport¹²⁶ emploie une définition large du concept de l'addiction, incluant à la fois des formes de dépendances liées à des substances et non liées à des substances, ainsi que les troubles alimentaires. Il propose une justification empirique de la nécessité d'agir dans le domaine de la politique en matière d'addiction, donne un aperçu de la pratique fédérale actuelle à ce chapitre et présente les exigences et les recommandations en vue d'une nouvelle politique de prise en charge des addictions en Suisse.

A peu près au même moment, la question d'un renforcement de l'intégration des activités fédérales en matière de lutte contre les drogues a également été abordée par la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (EKDF), qui conseille le gouvernement s'agissant des différents aspects de ce problème. Dans son rapport¹²⁷, l'EKDF analyse l'état passé et présent de la politique de la Suisse en matière de drogues et appelle le gouvernement à accroître la cohérence et la crédibilité de sa politique en matière d'addictions dans l'avenir. En partant de la politique fondée sur les quatre axes précités, la commission propose un nouveau modèle tridimensionnel en vue de réorienter la politique actuelle de prise en charge de l'addiction. Outre les diverses drogues illicites, ce modèle englobe l'alcool, le tabac et les médicaments ayant des effets psychoactifs. Il fait des quatre piliers de la prévention, de la thérapie, de la réduction des risques et de l'application de la loi un modèle applicable à toutes ces substances, et il fait la distinction dans chaque cas entre usage à faible risque, usage problématique et dépendance. L'OFSP a repris les recommandations de ces deux rapports et prévoit d'élaborer un cadre d'action contre les addictions au cours des prochains mois. Il est également prévu que les trois commissions expertes conseillant le gouvernement sur les questions de drogues,

126. *Spinatsch, M., Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz ? Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes (Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse ? Bases et prémices pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances)*, Berne, 2004 (<http://www.m-spinatsch.ch/d/DetailsPublikationen/BAG.html>).

127. Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (EKDF), *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*, Verlag Hans Huber, Berne, 2006.

d'alcool et de tabac seront abolies et remplacées par une nouvelle commission sur les questions d'addiction.

16.8. L'idéologie à l'épreuve des faits

Dans les premières années surtout, le débat public et politique sur l'usage de drogues illicites a surtout porté en Suisse sur les aspects liés au mode de vie, au conformisme et à la revendication au sein de la génération montante, plutôt sur les problèmes et les risques découlant de cette consommation. Ces arguments concernant la politique sociale ont également laissé leur empreinte sur les professionnels, pesant sur le comportement de nombreuses personnes appelées à traiter directement de problèmes de drogues. D'emblée, l'OFSP a cherché à élargir sa base de connaissances empiriques grâce à des programmes de recherche, un suivi et une évaluation des interventions au chapitre de la politique en matière de drogues, afin de promouvoir une culture de l'apprentissage factuel et introduire ainsi un élément d'objectivité dans des controverses chargées d'idéologie. Entre-temps, on peut supposer que, beaucoup plus que par le passé, le comportement des professionnels repose désormais sur les preuves empiriques disponibles ; le débat public, toutefois, reste largement influencé par la conception sociale de ce qui constitue un mode de vie acceptable ou, au contraire, inacceptable.

17. Stratégie de la Turquie

*Mustapha Pinarci, Direction générale de la sécurité,
ministère de l'Intérieur, Turquie*

17.1. Le contexte turc

A la suite des mouvements de mondialisation et de la disparition progressive des frontières dans le monde, le trafic de substances illícites entraînant une dépendance a cessé d'être le problème d'un seul pays pour évoluer vers la criminalité régionale et internationale.

L'augmentation du nombre de consommateurs et de toxicomanes, la marge élevée de profit, les actes terroristes et les changements politiques dans le monde ont eu une influence directe sur la production illégale de drogues et les itinéraires de trafic, et fait des substances qui créent une dépendance un problème mondial.

Plusieurs itinéraires empruntés par le trafic de drogues concernent directement ou indirectement la Turquie. La route des Balkans, celles qui passent par l'est de la Méditerranée et par le nord de la mer Noire, c'est-à-dire celles du trafic de l'héroïne provenant d'Afghanistan vers les marchés européens, concernent la Turquie. Mais la Turquie est aussi un pays de transit du trafic de drogues de synthèse de type amphétamines, fabriquées en Europe et destinées aux pays arabes, et de précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication des drogues destinées aux pays du Sud-Ouest asiatique qui sont les pays de production de l'héroïne. Vu sa situation sur l'itinéraire des Balkans, la Turquie attache une grande importance à la coopération internationale pour réduire l'offre et la demande, fortement touchée comme elle l'est par un trafic de substances dans les deux sens.

Pour neutraliser ces nouvelles tendances du trafic et de l'abus de drogues, des structures dynamiques sont nécessaires. Le succès national et international n'est possible que par le biais d'une intégration et d'une conduite commune des efforts de lutte contre les substances entraînant une dépendance. Les stratégies d'internationalisation du développement national et les politiques d'action commune sont

les plus importants outils de lutte contre les substances entraînant une dépendance.

172. La base de la politique de drogues

172.1. Documents

La Turquie estime que l'élément le plus important d'une lutte efficace contre les drogues est une politique et une stratégie couvrant tous les aspects du problème. Le pays a récemment révisé son « Document de politique et de stratégie nationale sur la prévention de la toxicomanie, son suivi et contrôle » (1997) et accepté de l'harmoniser avec la Stratégie et le plan d'action antidrogue de l'Union européenne dans l'immédiat.

Concernant les travaux d'évaluation, ce sont les critères de la Stratégie et du plan d'action antidrogue de l'Union européenne qui ont servi de base à la révision du document de politique et de stratégie nationale. Dans le cadre de ces efforts d'harmonisation et d'amélioration, les points du plan d'action antidrogue de l'Union européenne qui ont été pris en considération sont les suivants :

- tendances les plus récentes de la toxicomanie et du trafic de drogues dans l'Union européenne ;
- approche de l'Union européenne dans la lutte contre les substances entraînant une dépendance ;
- évaluation ;
- nouveaux défis ;
- nouveau cadre juridique prévu par le Traité d'Amsterdam ;
- objectifs fondamentaux et cibles comme objectifs spéciaux ;
- efforts propres à la Turquie ;
- événements historiques ;
- législation.

Le document présente des initiatives visant à orienter les efforts nationaux en tenant compte de la position unique de la Turquie dans le trafic et l'abus de substances entraînant une dépendance, des aspects structurels et des points de vue du problème et des qualités des exigences. Le contenu et la qualité des documents ont été préparés de manière à se plier aux exigences nationales et internationales.

La motivation résultant de la compréhension de l'utilité d'une approche large et équilibrée pour lutter contre les substances entraînant une dépendance devrait permettre de soutenir et d'améliorer les activités communes entre les organisations non gouvernementales et les centres scientifiques. La stratégie accorde une importance particulière aux possibilités créées par le « Traité d'entraide judiciaire en matière pénale » finalisé en 2000 et en tient compte pour les délits connexes.

17.2.2. L'aspect international

Elle vise à multiplier les occasions de collaboration avec les pays voisins, les Etats membres de l'UE et d'autres pays qui éprouvent les mêmes difficultés sur des projets communs dans le but de trouver des solutions et de tirer le meilleur parti des occasions fournies par l'ONUDC, Interpol, Europol, Eurojust, le Cepol et d'autres organisations semblables.

17.2.3. La situation turque

L'alcool et les cigarettes sont les substances les plus répandues en Turquie. Dans la consommation d'alcool, les valeurs, les attitudes et les comportements sont dictés par les structures socioculturelles. La tendance à la consommation d'alcool est encore générale, comme la dépendance à un très jeune âge.

Le tabagisme est le plus important problème de santé publique en Turquie. La tendance de commencer à fumer à un âge de plus en plus jeune constitue un important facteur de risque de la toxicomanie en général.

Des structures monopolistiques sous le contrôle de l'Etat pour la consommation d'alcool et de cigarettes ont récemment été ouvertes au marché international à la suite d'arrangements de privatisation. Une production nouvelle et un marché nouveau ont amené des risques structurels qui vont accroître la tendance à la dépendance.

Passant par un processus de transition de l'agriculture traditionnelle à une société industrielle et instruite, la Turquie connaît des problèmes généraux occasionnés par les crises sociales et économiques, l'accroissement des migrations et l'urbanisation. Par conséquent, il existe un certain nombre de problèmes fondés sur les risques structurels concernant la croissance, le développement et les conditions de participation des enfants et des jeunes au sein de la population en général. Ce sont ces problèmes qui sont l'origine de l'émergence d'une sous-catégorie

de sans-abri, d'enfants sans protection travaillant et vivant dans la rue. Ce segment de la société est désormais plus susceptible de commettre des délits et de consommer des substances entraînant une dépendance (substances volatiles, cigarettes, alcool).

17.3. Les premières expériences des drogues

L'examen des données de la consommation de drogues selon l'ordre de leur première utilisation montre quelles sont les transitions spécifiques dans l'usage de drogues. Il ressort du classement effectué par les usagers de drogues eux-mêmes en fonction de leur première utilisation des différentes drogues que la première substance, utilisée par 89 % d'entre eux, est la cigarette, la deuxième le haschisch (5 %) et la troisième l'alcool (4 %). L'héroïne et les substances volatiles entrent dans la catégorie 1 %.

Les résultats de ce sondage démontrent que la plupart des usagers de drogues commencent à fumer avant de consommer des stupéfiants. Il est possible d'affirmer que la cigarette et l'alcool sont des précurseurs de l'utilisation initiale d'autres drogues illicites et entraînant une dépendance, et que ceux qui ne fument ni ne boivent de l'alcool risquent moins d'être dépendants que ceux qui le font ; il y a donc séparation entre l'environnement social et la vie.

Dans l'enquête européenne dans les écoles sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) réalisé en 2003 par l'ONU DC en Turquie dans six métropoles (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir, Samsun), 88 écoles ont été visitées. (Il s'agit de la même enquête que précédemment mais portant sur la population générale.)

Cette partie de l'enquête, où l'usage de drogues chez les jeunes est indiqué, examine les données relatives à l'usage de drogues, d'alcool et au tabagisme au cours de leur vie entière, des douze mois précédents et des trente derniers jours, telles qu'elles ont été fournies par les participants.

Plus de la moitié des élèves ayant répondu aux questions sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances ont déclaré qu'ils avaient déjà fumé auparavant. En ce qui concerne la cigarette, deux résultats ont été obtenus : 18 % des élèves ont déclaré avoir essayé de fumer à une ou deux reprises, et 13 % avoir fumé plus de 40 cigarettes. Moins de la moitié des élèves ont déclaré avoir déjà bu des boissons alcoolisées.

17.4. Objectifs et approches

L'objectif recherché est d'obtenir une diminution mesurable de l'abus de drogues, de la dépendance, des risques pour la santé et des risques sociaux relatifs à l'usage de ces substances. Dans cette optique, c'est aussi de lutter contre la demande sous tous ses aspects et d'adopter une approche équilibrée en matière de répression.

Il importe d'établir une communication efficace avec tous les médias et toutes les agences de presse afin de leur assigner un rôle efficace au sein du réseau national et international de prévention, et d'informer continuellement les décideurs politiques de la situation générale et des nouvelles tendances de l'abus de drogues afin d'attirer leur attention et d'obtenir leur soutien tout en stimulant leur bonne volonté.

Il importe aussi d'accroître les possibilités de collaborer avec les Etats membres de l'UE et d'autres pays éprouvant les mêmes difficultés sur des projets communs dans le but de trouver des solutions et de tirer le meilleur parti des possibilités offertes par les institutions et organisations créées à cet effet.

Toutes les institutions et organisations doivent traiter les questions prévues par le document en se conformant à celui-ci. Elles fourniront l'appui nécessaire au ministère chargé de faire appliquer le document en exécutant les travaux prévus par celui-ci.

18. Les politiques relatives à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites au Royaume-Uni

Gail Eaton, Point focal antidrogue, Département de la santé, Royaume-Uni

18.1. Le contexte du Royaume-Uni

Le Royaume-Uni compte environ 60,6 millions d'habitants, dont 83,8 % (50,8 millions) vivent en Angleterre, 8,4 % (5,1 millions) en Ecosse, 4,9 % (3 millions) au pays de Galles et 2,9 % (1,7 million) en Irlande du Nord. L'Angleterre occupe les deux tiers centraux et méridionaux de l'île de Grande-Bretagne ; ses territoires limitrophes sont l'Ecosse au nord et le pays de Galles à l'ouest. L'Irlande du Nord fait également partie du Royaume-Uni. Le Royaume-Uni est séparé de la France par une mer de 38 kilomètres, le tunnel sous la Manche reliant directement les deux pays. L'autre pays le plus proche est l'Irlande (qui faisait partie du Royaume-Uni jusqu'en 1922).

En ce qui concerne le contexte politique, de nombreuses attributions du gouvernement ont été transférées à l'Irlande du Nord, à l'Ecosse et au pays de Galles. Le gouvernement écossais est compétent dans la plupart des domaines d'action. Au pays de Galles, la responsabilité des systèmes de justice pénale incombe au ministère de l'Intérieur. Le Parlement du Royaume-Uni est chargé d'élaborer la stratégie globale en matière de drogues et de la mettre en œuvre dans les administrations décentralisées uniquement dans les domaines où il s'est réservé des pouvoirs. Chaque administration décentralisée exerce ses compétences déléguées pour adapter la stratégie à la situation locale. L'Agence de répression de la grande criminalité organisée (Serious Organised Crime Agency – SOCA) et le HM Revenue and Customs s'étendent à l'ensemble du Royaume-Uni et sont tous deux en charge de la lutte contre le trafic de drogues.

18.2. L'étendue du problème des drogues au Royaume-Uni

En Angleterre et au pays de Galles, 10 % des adultes (3 186 000 personnes) ont consommé des drogues au cours de l'année précédente, et 5,9 % (1 891 000) en consomment couramment, ce qui représente probablement la moyenne du Royaume-Uni, la prévalence étant plus élevée en Ecosse et plus faible en Irlande du Nord. Les jeunes sont plus enclins à la consommation de drogues : en Angleterre et au pays de Galles, 24,1 % des 16-24 ans (1 597 000) ont consommé des drogues au cours de l'année précédente. La prévalence chez les enfants d'âge scolaire est d'environ 16,5 % (526 356). Le cannabis (8,2 % des consommations récentes) est la drogue la plus courante, suivie par la cocaïne en poudre et l'ecstasy (consommation au cours du mois précédent). S'il semble y avoir un recul de la consommation de drogues, et en particulier du cannabis, la consommation de cocaïne, bien qu'encore faible (2,6 % des consommations récentes), augmente.

Selon les dernières estimations, il y aurait 398 845 toxicomanes au Royaume-Uni, soit un taux de 10,15 ‰ ; à nouveau, ce taux est le plus élevé en Ecosse (15,39 ‰) et le plus bas en Irlande du Nord (1,28 ‰). Le nombre de consommateurs d'opiacés est estimé à 281 320 (8,53 ‰) et le nombre de consommateurs de crack à 192 999 (5,85 ‰). Toujours selon les estimations, les toxicomanes par voie intraveineuse seraient 137 141 (4,16 ‰).

18.2.1. L'alcool

La consommation d'alcool a connu une augmentation considérable depuis les années 1990 ; actuellement, la majorité des adultes (90 %) en consomment. En Angleterre, 74 % des hommes et 59 % des femmes boivent de l'alcool au moins une fois par semaine ; 15 % des hommes et 8 % des femmes font état d'une consommation quotidienne. 39 % des hommes et 22 % des femmes consomment plus que le nombre de verres recommandé au moins une fois par semaine. La consommation est en général plus régulière chez les personnes plus âgées alors qu'elle a tendance à être plus excessive chez les jeunes.

18.2.2. Le tabagisme

Un net recul de la consommation de tabac depuis 1980 a été noté, plus marqué chez les adultes dont la proportion de fumeurs est encore de 24 %. En Angleterre, 9 % des enfants d'âge scolaire déclarent fumer au moins une fois par semaine ; les filles fument en général davantage

que les garçons. L'on craint une éventuelle tendance à la hausse du tabagisme chez ces jeunes.

18.2.3. L'opinion publique

D'après les travaux de recherche, la plupart des gens considèrent l'alcool (78 %) et le tabac (60 %) comme étant plus dangereux pour la santé que les drogues illégales. Les principaux problèmes liés à l'alcool sont la consommation des mineurs et la beuverie chez les jeunes, cette dernière étant associée à des troubles de l'ordre public. Sept personnes sur dix pensent que l'on vivrait « mieux et plus sainement » au Royaume-Uni si l'on réduisait la quantité d'alcool consommée. S'agissant du tabac, le principal problème concerne la santé ; il se pose en particulier la question préoccupante du tabagisme passif. L'usage impropre des drogues, et en particulier la revente, est considéré comme un problème de nuisance publique.

18.2.4. Le contexte politique

L'industrie de l'alcool exerce une influence considérable sur la politique. Il est à noter que les vins et spiritueux ont généré quelque 7,9 milliards de livres de recettes fiscales en 2006-2007. Le gouvernement ne considère pas la consommation d'alcool comme problématique en soi ; dans sa déclaration de politique générale la plus récente, il observe que « la plupart des gens boivent avec modération ». Les principaux problèmes, pour le gouvernement comme pour la population générale, sont les nuisances publiques associées aux beuveries, mais également les problèmes sanitaires, ainsi que les effets de l'alcool sur le travail.

Les maladies ou blessures liées à l'alcool représentent 180 000 hospitalisations par an, le chiffre le plus inquiétant étant celui des jeunes qui présentent des problèmes de santé liés à l'alcool. En 2005, il y a eu 4 160 décès associés à la consommation d'alcool ; ce chiffre a doublé ces vingt dernières années, et le nombre de décès prématurés a augmenté. Enfin, le nombre de décès dus à l'alcool au volant reste également préoccupant : bien qu'il y ait eu une réduction considérable du nombre de morts par an, de plus de 1 600 à la fin des années 1970 à 560 en 2005, la baisse du nombre total d'accidents liés à l'alcool au volant s'est ralentie ces dix dernières années.

Pendant longtemps, le gouvernement a considéré le tabagisme comme une question de choix personnel ; la politique n'a guère changé jusqu'à une date récente, bien que la relation entre le tabagisme et les morts prématurées ait été largement acceptée dès les années 1960, et malgré

les pressions exercées par l'ensemble du corps médical. Comme dans le cas de l'alcool, l'industrie du tabac s'est avéré être un puissant lobby ; les énormes pressions qu'elle a exercées, associées aux prétendues retombées économiques de l'industrie du tabac au Royaume-Uni, ont empêché tout changement. Un autre obstacle a été l'important soutien financier au sport. Toutefois, la reconnaissance par le public des problèmes de santé liés au tabagisme, et notamment la prise de conscience publique de l'existence du tabagisme passif et l'arrêt du tabac par de nombreuses personnes ou l'antitabagisme, a conduit le gouvernement à adopter une attitude plus préventive. La situation économique du tabac a également beaucoup changé. Il y a eu une baisse considérable du nombre d'emplois liés au tabac, ainsi qu'une diminution de la part des recettes fiscales dans les recettes totales, favorisée par une augmentation de l'importation légale et illégale de produits. Le ministère des Finances a par ailleurs pris conscience de l'augmentation des coûts de productivité et de santé liés au tabagisme.

Ces dix dernières années, les politiques se sont particulièrement intéressées à la consommation de drogues. Il n'y a évidemment pas de retombées économiques associées à l'usage de drogues illégales, et aucune industrie à prendre en compte ici. Cela fait longtemps que certaines drogues font l'objet d'une attention particulière, mais jusqu'à l'importante augmentation de la prévalence dans les années 1960, le problème de la toxicomanie était considéré comme relevant de la médecine, bien qu'il y ait eu des lois visant à porter un coup d'arrêt à la vente de certaines drogues, notamment les opiacés, la cocaïne et le cannabis. Cette situation prévaut encore et le traitement reste la clé des initiatives des pouvoirs publics. Quoiqu'il en soit, des recherches majeures dans les années 1990 ont montré l'efficacité du traitement dans la réduction de l'usage de drogues illégales et mis en évidence les liens étroits entre l'usage de drogues et la délinquance. En conséquence, le gouvernement a adopté une démarche plus préventive en matière d'accès au traitement pour les toxicomanes. Un autre enjeu a été de désorganiser le marché, ce qui a été rendu bien plus difficile par son caractère illégal. La menace du VIH dans les années 1980 et l'augmentation des cas liés aux drogues ont également influé sur la politique.

18.3. L'élaboration des politiques

18.3.1. L'alcool

En Angleterre, la première véritable stratégie relative à l'alcool a été la Stratégie anglaise de réduction des risques liés à l'alcool (Alcohol Harm

Reduction Strategy for England) de 2004, qui visait à informer le public des dangers de la consommation excessive d'alcool et de la beuverie. Elle avait également pour objectif de lutter contre la délinquance et les nuisances associées à l'alcool par le recours à de nouveaux pouvoirs de répression dans la loi de 2003 sur la vente de boissons alcoolisées (*Licensing Act*), puis la loi pour la répression des infractions violentes (*Violent Crime Reduction Act*) en 2006. En 2007 a été publié le document « Safe Sensible Social. The next steps in the National Alcohol Strategy » (Sécurité-Modération-Convivialité. Evolution de la stratégie nationale relative à l'alcool) dont le but est d'encourager les consommateurs d'alcool à le faire sans risque, avec modération et de manière conviviale. L'accent y est une nouvelle fois mis sur la consommation excessive et la beuverie associées à des actes de violence pour lesquels la loi prévoit des sanctions. La stratégie entend ainsi susciter des changements de comportement ; la réduction des risques y occupe une place importante.

La loi de 2003 sur la vente de boissons alcoolisées renforce l'action du système de justice pénale contre les personnes qui commettent des infractions ou ont un comportement socialement nuisible lorsqu'elles sont en état d'ivresse. Fait quelque peu controversé, elle autorise également l'ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre des pubs et discothèques, ce qui ne s'est pas vu depuis la loi sur la vente de boissons alcoolisées (*Intoxicating Liquor (Licensing) Bill*) de 1872, la première à restreindre les heures d'ouverture (loi qui a été largement critiquée). Par cette mesure, la loi entend éviter la consommation accrue d'alcool juste avant la fermeture des pubs.

Il est reconnu de longue date que l'alcool peut constituer un problème, non seulement pour la santé de ceux qui en consomment mais également du fait des comportements antisociaux et de violence qu'il engendre, et en raison de son impact sur l'économie par la perte de productivité ; en effet, les premières lois visant à réprimer le comportement des personnes en état d'ivresse remontent au XVI^e siècle. Cela étant, jusque dans les années 1990, les politiques se concentraient pour la plupart sur la vente d'alcool (interdiction de la vente aux enfants et aux jeunes, limitation des horaires et des lieux de vente) et l'attribution de licences aux établissements de vente et de consommation (pubs, discothèques et restaurants, etc.). La taxation élevée a également servi à dissuader d'acheter de grandes quantités d'alcool ; au début du XVIII^e siècle, elle a été utilisée à des fins sociales et sanitaires pour réduire la consommation importante de gin bon marché.

En revanche, il n'a jamais été réellement envisagé d'interdire la consommation, en dépit d'un mouvement pour la tempérance relativement

véhément au XIX^e et au début du XX^e siècle. Au lieu de cela, il y a longtemps eu des accords avec une industrie très puissante pour tenir compte des problèmes potentiels associés à la consommation d'alcool. La principale évolution de la politique des dix dernières années concerne les effets de l'alcool sur le lieu de travail et sur la conduite des machines et des voitures ; dans ce dernier cas, une législation a été adoptée concernant le taux d'alcoolémie autorisé au volant.

18.3.2. Le tabac

Comme dans le cas de l'alcool, les pouvoirs publics ont pris plusieurs initiatives relatives au tabagisme ces dernières années. En 1998, le document « Smoking kills : a white paper on tobacco » (Fumer tue : un livre blanc sur le tabac) annonçait un plan d'action visant à réduire le tabagisme. La réglementation de 2002 sur les produits du tabac (fabrication, présentation et vente) (sécurité) régit la composition des produits du tabac et l'étiquetage des emballages (cette législation était nécessaire pour être conforme à une directive européenne de 2001 sur les produits du tabac et l'étiquetage). Le livre blanc gouvernemental de 2003 « Choosing Health : making healthier choices easier » (Le choix de la santé : comment le faciliter) décrit de nouvelles mesures de réduction du tabagisme : campagnes médiatiques/d'information, augmentations des prix, services d'aide à l'arrêt du tabagisme et traitements nicotiques de substitution, réduction de la publicité et de la promotion du tabac. Depuis l'entrée en vigueur de la loi antitabac le 1^{er} juillet 2007, il est interdit de fumer dans la quasi-totalité des lieux publics et lieux de travail clos en Angleterre, et notamment dans tous les pubs, discothèques, clubs, cafés et restaurants. Cette législation est entrée en vigueur en 2005 en Ecosse et en avril 2007 au pays de Galles et en Irlande du Nord.

En fait, hormis les campagnes d'information et les mesures d'étiquetage des produits du tabac dans le cadre d'un accord avec l'industrie, ainsi que la taxation – davantage peut-être pour renforcer les deniers publics qu'en tant que mesure de santé publique, du moins jusqu'à récemment – les initiatives des pouvoirs publics relatives au tabac ont été très rares jusqu'à ces dix dernières années, et ce malgré les pressions de la profession médicale depuis les années 1960. Il est interdit de fumer dans certains transports publics depuis 1987, mais plutôt en raison du risque d'incendie. Toujours est-il que beaucoup considèrent maintenant le tabac comme un danger pour la santé des fumeurs, mais également de ceux qui les entourent : c'est ce qui ressort des politiques récentes. D'aucuns affirment que la politique actuelle a profité d'une conjonction d'événements favorables : d'une part, une évolution

rapide de l'opinion publique et, d'autre part, d'importantes pressions de la part de groupes tels que Action on Smoking and Health ainsi que du corps médical.

18.3.3. La politique en matière de drogues au Royaume-Uni

La politique actuelle en matière de drogues se fonde sur la réduction des risques liés aux drogues, l'accent étant mis sur :

- la prévention par l'information et l'éducation ;
- le traitement, considéré comme un élément clé de la réduction des nombreux risques associés à la toxicomanie, en particulier les maladies infectieuses et les décès liés aux drogues. Les autres objectifs sont la réduction de la disponibilité des drogues ;
- la réduction des risques qu'elles représentent pour la collectivité, notamment la délinquance.

L'un des aspects majeurs de la politique de ces dix dernières années est la mise à disposition d'un traitement, notamment un traitement d'entretien, aux toxicomanes identifiés dans le système de justice pénale en Angleterre et au pays de Galles, dans le cadre du Programme d'intervention sur les drogues (Drug Interventions Programme – DIP) mis en place en 2003. La loi sur les drogues de 2005 (*Drugs Act*) modifie certains paragraphes de la loi de 1971 sur l'usage impropre des drogues (*Misuse of drugs Act*), et la loi de 1984 sur la police et les preuves pénales (*Police and Criminal Evidence Act*) renforce les pouvoirs de la police et des tribunaux s'agissant des drogues, tout en améliorant l'efficacité du DIP en permettant à davantage de toxicomanes auteurs d'infractions de bénéficier d'un traitement. Outre le DIP (et en association avec ce dernier), des projets spécifiques sont mis en place pour aider les toxicomanes abstinents ou stabilisés à trouver un logement et un emploi appropriés.

La politique en matière de drogues avant 1971

Les politiques des pouvoirs publics n'ont pas toujours adopté cette approche globale de la toxicomanie ni reconnu le rôle du traitement, et notamment du traitement d'entretien. S'il y a eu de nombreuses lois sur l'utilisation et la vente des substances illicites, en particulier les opiacés, la cocaïne et le cannabis, le traitement des toxicomanes reposait principalement sur une vision de la toxicomanie en tant que maladie, et ce pendant la majeure partie du siècle dernier. Le traitement, plutôt que la sanction, a longtemps été la réponse du Royaume-Uni au problème,

et cela reste le cas. Il y a toutefois eu un changement d'orientation entre le traitement d'entretien et celui basé sur l'abstinence (qui était prédominant au cours des dernières décennies du siècle précédent) : l'on s'efforce actuellement de trouver le juste équilibre entre ces deux méthodes.

Afin de répondre aux préoccupations internationales, le Comité Rolleston s'est réuni en 1926 pour examiner le problème des drogues et a conclu qu'il y avait peu de toxicomanes (la plupart appartenant aux classes moyennes et supérieures et étant souvent devenus dépendants à la suite d'un traitement ou ayant un accès facile à des drogues toxicomanogènes). Plutôt que de céder aux pressions internationales visant à pénaliser les consommateurs de drogues, il a déclaré que le problème devait être réglé en leur proposant une aide médicale ; il recommandait comme traitement de choix le retrait progressif de la drogue (principalement l'héroïne) mais ne s'opposait pas à la prescription d'un traitement d'entretien pour permettre aux toxicomanes de continuer à mener une vie « normale ». Ainsi est né le système ensuite connu sous le nom de « système britannique », fondé sur une vision de la dépendance en tant que maladie : confirmant le statut des toxicomanes en tant que malades, il a instauré le droit des médecins d'exercer leur pouvoir d'appréciation dans le choix du traitement proposé à leurs patients. En d'autres termes, il partait du principe que les décisions en matière de traitement sont prises entre le médecin et son patient, sur la base du serment d'Hippocrate, et que le problème de la toxicomanie est davantage celui du médecin que celui du législateur, ce qui est encore le cas aujourd'hui.

En 1962, à nouveau en réaction aux préoccupations internationales concernant la consommation de drogues, le Comité Brain s'est réuni pour examiner le problème et s'est rallié aux conclusions de Rolleston quarante ans auparavant. Il a toutefois reconnu que le problème avait changé : la consommation de drogues n'était plus confinée aux classes moyennes et devenait de plus en plus fréquente chez les jeunes. En 1964, il s'est à nouveau réuni et a conseillé un changement d'orientation, l'objectif du traitement ne devant plus être de normaliser la vie des toxicomanes, notamment par le traitement d'entretien, mais d'endiguer le problème. L'abstinence a été recommandée et l'accent a été mis sur la prévention de l'accès aux drogues. Dans un souci de limiter les fuites, le comité a préconisé que les drogues donnant lieu à des abus ne puissent plus être prescrites par les médecins généralistes pour la prise en charge de la toxicomanie. Cette stratégie a été acceptée et la loi sur les drogues dangereuses (*Dangerous Drugs Act*) de 1967 a interdit aux médecins généralistes de prescrire de la diamorphine, de la cocaïne et, à ce moment-là, de la méthadone pour le traitement de la

toxicomanie, à moins de demander une autorisation à cet effet, ce que certains ont fait (les médecins généralistes pouvaient toujours prescrire ces médicaments à d'autres patients). Il s'en est suivi la création de centres médicaux (unités de toxicodépendance), principalement à Londres, dirigés par des psychiatres ; il a été établi que l'usage impropre des drogues était un problème de santé mentale, et le traitement se limitait en grande partie à ces centres.

Les années 1970 et 1980

Les décennies suivantes, il y a eu diverses opinions sur la place de la thérapie d'entretien à long terme par les opiacés et l'équilibre entre cette dernière et le traitement par l'abstinence, plus communément appelé cure de désintoxication ; cette situation s'est poursuivie, dans une moindre mesure, jusqu'à maintenant (mais, dit-on, avec une base de données plus importante pour orienter les pratiques actuelles).

La loi sur l'usage impropre des drogues (*Misuse of Drugs Act*) de 1971 a instauré un système de classification des drogues en fonction de leur supposée nocivité et définissant les sanctions correspondantes. Cette loi a également institué le Conseil consultatif sur l'usage impropre des drogues (ACMD), chargé du « suivi de la situation au Royaume-Uni des drogues qui donnent ou peuvent donner lieu à un usage impropre et dont l'usage impropre a ou peut avoir des effets dommageables suffisants pour constituer un problème social ».

Malgré ces mesures, l'usage impropre des drogues n'a pas pu être maîtrisé et la consommation d'opiacés a considérablement augmenté dans les années 1980, notamment chez les hommes et dans les zones défavorisées à fort taux de chômage. En 1982, l'ACMD, dans son rapport *The Treatment and Rehabilitation of Drug Users* (Le traitement et la réinsertion des toxicomanes) a fait observer qu'un problème était l'absence de services à l'extérieur de Londres. Il a recommandé la création d'équipes régionales multidisciplinaires pour les toxicomanes ainsi que la multiplication des services de conseil et des établissements de désintoxication et de réinsertion. Il a également préconisé d'impliquer les pouvoirs locaux et le secteur associatif dans la mise à disposition de ces services. Enfin, il s'est prononcé en faveur de la création d'équipes locales chargées d'informer et de conseiller les toxicomanes et leurs familles, puis de les orienter vers les services appropriés.

Ces recommandations ont été prises en compte et, pendant sept ans, un financement central a été accordé aux autorités de santé, aux pouvoirs locaux et au secteur associatif pour la création de ces services, donnant naissance à la structure locale actuelle des services

de traitement. Ces derniers emploient notamment des travailleurs sociaux, des conseillers d'insertion et de probation et des infirmiers en santé mentale, le secteur associatif jouant également un rôle important. L'objectif était d'aider les toxicomanes à se libérer des drogues de manière durable.

Dans les années 1980, le sida s'est imposé en tant que catalyseur de l'évolution de l'offre de services, le risque pour les toxicomanes par voie intraveineuse ayant été mis en évidence en 1985. La lutte contre le sida est devenue une priorité. Il fallait informer le public par des campagnes de sensibilisation nationales, prévoir des services d'information pour les personnes à risque, mettre en place des tests VIH et planifier des initiatives de traitement du VIH. En 1988, l'ACMD, ayant examiné la question du sida et de la toxicomanie par voie intraveineuse, est parvenu à la conclusion suivante : « La propagation du VIH représente un risque plus grand pour la santé individuelle et publique que l'usage impropre des drogues. Par conséquent, les plans de développement devraient privilégier les services qui visent à minimiser le risque de VIH par tous les moyens (ACMD, 1988).

La nouvelle approche de l'autorité régionale de santé de Mersey

En 1986, l'administration régionale de la santé de Mersey a reconnu la nécessité de mettre en place des services pour empêcher la propagation du VIH, eu égard au nombre élevé de consommateurs de drogues dans cette région. Sa stratégie se basait sur la « Nouvelle santé publique », c'est-à-dire la mise à disposition de services suivant un modèle de réduction des risques en population générale, s'adressant à l'ensemble de la population à risque et non uniquement à ceux qui bénéficiaient déjà des services des centres de désintoxication existants. L'initiative la plus connue a été l'ouverture d'un lieu d'échange de seringues dans des toilettes du Centre de formation régional sur les drogues, proposant à tous les utilisateurs du matériel d'injection propre. Ce service a attiré un grand nombre de toxicomanes, dont beaucoup présentaient par ailleurs des problèmes de santé, notamment liés à des infections aux points d'injection.

Dans un deuxième temps, l'initiative prise par l'Unité de toxicodépendance (Drug Dependency Unit – DDU) de Liverpool a marqué une nouvelle étape dans la stratégie de réduction des risques. Ce service était déjà quelque peu différent des centres de désintoxication traditionnels de par son principe de fonctionnement ; les cures de désintoxication de rapides y étaient rejetées en faveur d'un retrait progressif des médicaments de sevrage prescrits sur plusieurs semaines au lieu de quelques jours. Il a toutefois été constaté que la plupart des

patients ne suivaient pas le traitement dans son intégralité et retournaient vers des drogues de la rue : par conséquent, il a été décidé de proposer des services permettant aux toxicomanes de bénéficier d'un traitement et de le poursuivre, avec la prescription d'un traitement d'entretien, principalement à la méthadone mais également à l'héroïne pour un certain nombre de patients, pendant une durée plus longue. L'on pensait notamment que le maintien d'un contact avec les toxicomanes permettrait de susciter plus facilement des changements de comportement, notamment s'agissant du partage du matériel d'injection. Plus d'un millier de toxicomanes ont bénéficié de ces services.

Enfin, un troisième type de centres a été ouvert, proposant non seulement l'échange de seringues, mais également d'autres prestations : soins de santé primaires pour ceux qui souffrent des complications physiques de l'injection, tests VIH confidentiels, traitement des infections et blessures mineures, information sur la sécurité des injections et la sexualité sans danger, compte tenu du risque de transmission du VIH aux partenaires sexuels. Le gouvernement n'a pas totalement souscrit à cette démarche, mais ne l'a pas rejetée non plus, étant donné la responsabilité des médecins dans le traitement des patients. Il a finalement approuvé certains programmes d'échange de seringues et a consacré des fonds à la mise à disposition gratuite de matériel d'injection propre aux toxicomanes. Tous les traitements étaient et restent gratuits dans le cadre du Service national de santé.

Par la suite, le concept de réduction des risques a été associé à des reproches faits au traitement de type médical, selon lesquels ce n'était pas le modèle initialement recherché par Mersey ; les critiques ne concernaient pas les médecins et leur rôle dans le traitement, mais affirmaient que pour être efficaces, la prévention du VIH et la prise en compte des besoins des toxicomanes en matière de soins de santé nécessitaient une vision beaucoup plus large que la simple relation médecin-patient retenue par Rolleston. Au contraire, il devait y avoir une approche de santé publique visant l'ensemble de la population. Cette interprétation erronée a entraîné chez beaucoup de personnes une méfiance à l'égard du concept de réduction des risques : ainsi, ce terme a été rejeté dans la première stratégie britannique sur les drogues, davantage basée sur l'abstinence. Le traitement par l'abstinence est donc resté la norme dans une grande partie du Royaume-Uni jusqu'à ces dernières années. Depuis, la politique gouvernementale a fait une place à la réduction des risques, en particulier pour la santé, et le rôle des services de traitement dans cette dernière est maintenant largement accepté.

Depuis les années 1990

Dans les années 1990, le gouvernement a commandé une étude sur le traitement de la toxicomanie, qui a conclu que le traitement était « efficace ». Un autre rapport, *Tackling Drugs Together* (Combattre les drogues ensemble), a souligné la nécessité d'un travail en partenariat, jetant les bases de l'élaboration d'une stratégie en matière de drogues par les équipes locales pluridisciplinaires de lutte contre la toxicomanie. L'Unité de coordination antidrogue du Royaume-Uni (UK Anti-Drug Coordination Unit – UKADCU) et son « Monsieur drogue » a été créée en 1997, et la première stratégie britannique sur les drogues, *Tackling drugs together to build a better Britain* (Combattre les drogues ensemble pour construire une meilleure Grande-Bretagne), a été publiée en 1998. Cette stratégie part du principe que les fonds doivent dans un premier temps être utilisés pour résoudre le problème des drogues, puis être affectés à la prévention, à mesure que le traitement et les autres initiatives permettront de résorber le problème en aidant les toxicomanes à se libérer des drogues. Ses objectifs sont les suivants : aider les jeunes à résister à la drogue pour leur permettre d'atteindre le maximum de leurs capacités ; protéger la société des comportements antisociaux et criminels liés aux drogues ; aider les personnes qui connaissent des problèmes liés aux drogues à les surmonter et à vivre une vie saine et sans délinquance ; réprimer l'offre de drogues illégales.

En 2001, la responsabilité globale de la stratégie sur les drogues a été transférée au ministère de l'Intérieur. Cette stratégie a été réactualisée en 2002, reprenant les quatre volets d'origine, mais donnant la priorité aux drogues de classe A, aux groupes les plus défavorisés et aux toxicomanes, ainsi qu'à la prévention. La réduction des risques pour la santé a également été prise en compte avec la publication en 2001 d'une stratégie de réduction des décès liés aux drogues et d'un plan d'action sur l'hépatite C en 2004 (tous deux mis à jour récemment). Le programme d'action contre les drogues instauré en 2003 pour permettre aux toxicomanes auteurs d'infractions de bénéficier d'un traitement, a également créé des équipes d'aide à la réinsertion sociale par l'accès à l'éducation, à l'emploi et au logement.

Comme nous l'avons vu précédemment, chaque gouvernement dispose de sa propre stratégie en matière de drogues, adaptée aux besoins de chaque pays mais s'inspirant de la stratégie britannique globale.

Une nouvelle stratégie est actuellement en cours d'élaboration, qui vise à renforcer la lutte contre le trafic de drogues et à réduire davantage encore les risques liés à la consommation de drogues pour les jeunes et les familles, les répercussions sur la population locale et les risques pour la santé des toxicomanes.

18.4. Relation entre les politiques en matière de drogues, d'alcool et de tabac

Au Royaume-Uni, il n'y a pas véritablement de lien entre ces trois domaines sur le plan des politiques, bien que les stratégies reposent sur les mêmes éléments : campagnes de prévention/réduction des risques en population générale, information, traitement et maîtrise de l'offre. La consommation d'alcool par les toxicomanes n'a été prise en compte que tardivement, par la politique en matière de drogues ; s'agissant de la question préoccupante de la consommation de drogues dans les lieux de consommation et de vente d'alcool, des mesures appropriées sont prévues mais dans des politiques qui restent distinctes. S'il existe des stratégies intégrées en matière de consommation de drogues au pays de Galles et en Irlande du Nord, les initiatives sont généralement distinctes, sauf en ce qui concerne l'offre de traitement. Comme nous l'avons vu ci-dessus, la politique en matière de drogues s'est développée autour d'une conception de la toxicomanie en tant que maladie, connue sous le nom de « système britannique », selon laquelle il incombe aux professionnels de santé d'aider les toxicomanes à surmonter ou à se libérer de leur dépendance.

L'augmentation du nombre de toxicomanes a entraîné une réorientation de la pratique au profit du traitement basé sur l'abstinence, mais les professionnels de santé restent chargés du traitement des toxicomanes ; il est généralement admis qu'il est difficile d'obtenir une abstinence durable. Le VIH/sida a eu pour conséquence d'adopter une vision plus large de santé publique, qui est toutefois restée axée sur les maladies infectieuses en termes d'action. Le lien entre la consommation de drogues et la délinquance, ainsi que le rôle du traitement dans la réduction de la délinquance liée aux drogues n'étaient pas réellement une préoccupation majeure jusqu'aux années 1990 ; en revanche, une fois admis, ils ont largement orienté la politique de ces dix dernières années. Cela fait maintenant quelques années que le rôle du traitement dans la réduction des risques pour la santé est bien établi ; la prescription d'un traitement d'entretien est à nouveau acceptée en tant que méthode de réduction des risques.

En revanche, les politiques en matière de tabac et d'alcool ont été dominées par des questions économiques, les enjeux de santé publique occupant une place moindre. Dans ces deux domaines, l'accent a été mis sur l'autoréglementation et les politiques fiscales, l'intérêt prononcé pour la santé publique n'étant que récent. Bien que le gouvernement reconnaisse de plus en plus l'existence d'un lien entre le tabagisme et la maladie, la réponse politique restait minime. Etant donné que le gouvernement considérait le tabagisme comme une question de

choix et du fait des pressions autrefois fortes de l'industrie du tabac, les accords avec cette dernière ont été préférés à la législation. Cela dit, ces dernières années, la baisse du pouvoir de l'industrie du tabac et les préoccupations croissantes du public face aux problèmes de santé liés au tabac ont donné lieu à des mesures plus interventionnistes de la part du gouvernement : elles englobaient l'information et l'éducation, le traitement des fumeurs et la législation, tant pour réduire les risques pour les non-fumeurs que pour limiter l'influence de l'industrie du tabac par l'interdiction de la publicité. D'aucuns prétendent que la lutte contre le tabagisme aurait jeté les bases des nouveaux modèles de santé publique après 1945, car il aurait permis de passer de la vision traditionnelle selon laquelle le mode de vie est une question de choix personnel à une reconnaissance de la nécessité d'une intervention de l'Etat pour protéger le public. Il aurait également entraîné un changement de rôle des médecins, de la prise en charge des patients individuels (comme c'est le cas pour la toxicomanie et le « système britannique ») à l'exercice de pressions à propos d'une question de santé publique. De même, le tabagisme aurait nécessité un changement de nature de la santé publique, passant des informations dispensées au niveau local aux campagnes réalisées au niveau central ; enfin, il aurait exigé des hommes politiques qu'ils transforment leur animosité initiale contre un Etat surprotecteur en une volonté d'être plus interventionnistes dans les questions de santé.

La politique relative à l'alcool est également consacrée à l'information et à l'éducation sur les problèmes associés à la consommation d'alcool ainsi qu'à la définition de sanctions pénales visant sa vente et sa consommation. Cela fait longtemps qu'il existe des traitements pour les alcooliques. Comme dans le cas du tabac, la taxation a été un moyen de contrôle, mais elle a également permis de renforcer les deniers de l'Etat. Les accords avec l'industrie ont été et restent un aspect majeur de la politique, tout comme les sanctions pénales pour nuisances publiques, plus importantes que les préoccupations de santé publique.

Publications du Groupe Pompidou

« Approche et rencontre des usagers de drogues », actes, symposium, Bergen, février 1993 (ISBN 92-871-2600-3).

« Circulation routière et drogues », actes, séminaire, Strasbourg, avril 1999 (ISBN 92-871-4144-4).

« Circulation routière et substances psychoactives », actes, séminaire, Strasbourg, 18-20 juin 2003, juillet 2004 (ISBN 92-871-5501-1).

« Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain – Acquis et perspectives », actes, conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004, août 2004 (ISBN 92-871-5534-8).

« Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines », actes, séminaire, Strasbourg, janvier 2001 (ISBN 92-871-4750-7).

« Développement et amélioration des programmes de substitution », actes, séminaire, Strasbourg, octobre 2001 (ISBN 92-871-4806-6).

« Drogues et dépendances aux drogues : comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain ? Acquis et perspectives », document de base de Richard Hartnoll, conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004, octobre 2004 (ISBN 92-871-5489-9).

« Grossesse et toxicomanies : Etat des lieux en l'an 2000 », actes, séminaire, Strasbourg, mai 2000 (ISBN 92-871-4502-4).

Kopp, Pierre, *Comment calculer le coût social des drogues illicites : démarches et outils pour l'estimation du coût social lié à la consommation de substances psychotropes*, novembre 2001 (ISBN 92-871-4733-7) (également disponible en russe, décembre 2003).

La toxicomanie, coll. « Regard éthique », Editions du Conseil de l'Europe, Strasbourg, juillet 2005 (ISBN 92-871-5638-7) (à commander auprès des Editions du Conseil de l'Europe, <http://book.coe.int>).

« Le rôle de la recherche scientifique dans l'élaboration des politiques de drogues », séminaire international en coopération avec l'Office national

de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Alger, 3-6 décembre 2006, actes, mai 2008 (français, arabe).

Leopold, Beate et Steffan, Elfriede, *Besoins particuliers des enfants de parents usagers de drogues – Rapport final des consultantes*, 1997 (ISBN 92-871-3487-1).

« Les délinquants usagers de drogues en prison et après libération », actes, séminaire, Strasbourg, octobre 1999 (ISBN 92-871-4241-6).

« Les délinquants usagers de drogues et le système pénal : période qui court du premier contact avec la police jusqu'au jugement inclus », actes, séminaire, Strasbourg, octobre 1998 (ISBN 92-871-3789-7).

« Les femmes et les drogues : accent sur la prévention », actes, symposium, Bonn, octobre 1995 (ISBN 92-871-3506-1).

« Les femmes et les drogues, actes, symposium, Prague, novembre 1993 (ISBN 92-871-2837-5).

Muscat, Richard, *L'usage de drogues en milieu carcéral – Projet du Groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogues – rapport final*, décembre 2000 (ISBN 92-871-4520-2).

Muscat, Richard, *La recherche biomédicale dans le domaine des drogues*, juillet 2006 (ISBN 10 92-871-6017-1/ISBN 13 978-92-871-6017-1).

Muscat, Richard, Bjarnasson, Thóroddur, Beck, François et Peretti-Wattel, Patrick, *Les facteurs de risque dans l'usage de drogues par les adolescents : résultats des enquêtes scolaires et utilisation par les politiques*, février 2007 (ISBN 978-92-871-6194-9).

Negreiros, Jorge, *La recherche en psychologie sur les drogues : questions actuelles et perspectives*, septembre 2006 (ISBN 10 92-871-6032-5/ ISBN 13 978-92-871-6032-4).

« Pregnancy and drug misuse », Proceedings, Symposium, Strasbourg, mars 1997 (ISBN 92-871-3784-6) (anglais uniquement).

« Prisons, drogues et société », actes, séminaire, Berne (Suisse), septembre 2001 (ISBN 92-871-5089-3).

« Réduction des risques liés à l'usage de substances autres que par injection », actes, séminaire, Strasbourg, février 2002 (ISBN 92-871-5329-9).

« Réinsertion professionnelle des toxicomanes en Europe », actes, séminaire, Bratislava, janvier 2000 (ISBN 92-871-4405-2).

Rhones, Tim, *Approche et rencontre des usagers de drogues : principes et pratique*, 1996 (ISBN 92-871-3109-0).

Sinclair, Hamish, *Demandes de traitement des consommateurs de drogues : influence sur les politiques et les pratiques*, octobre 2006 (ISBN 10 92-871-6086-4/ISBN 13 978-92-871-6086-7).

« Troubles déficitaires de l'attention/troubles hyperkinétiques : diagnostic et traitement par des stimulants », actes, séminaire, Strasbourg, décembre 1999 (ISBN 92-871-4239-4).

Documents

Böllinger, Lorenz, *Potentiel général des activités de prévention policière en matière de drogues illicites* (P-PG/Prev (2003) 2), septembre 2003.

Conférence ministérielle du Groupe Pompidou, « Le Groupe Pompidou : de nouveaux signaux pour les politiques en matière de lutte contre la toxicomanie en Europe », actes, Strasbourg, 27-28 novembre 2006 (P-PG/MinConf (2007)1), juin 2007.

« Ethics and drug use – Seminar on Ethics, professional standards and drug addiction, Strasbourg, 6-7 février 2003 (P-PG/Ethics (2003) 4), novembre 2003 (anglais uniquement).

Hedrich, Dagmar, *Les femmes et la consommation problématique de drogues : accent sur les interventions axées sur la collectivité*, (P-PG/Treatment(2000) 3), 2000.

Korf, Dirk J. *et al.*, *Drogues et alcool : violence et insécurité ? Guide – Projet intégré 2 – réponses à la violence quotidienne dans une société démocratique* (P-PG/CJ (2004)7), septembre 2005.

Manuel européen sur la prévention : Alcool, drogues et tabac, 1998.

Moyle, Paul, *Les tribunaux de toxicomanie : développements internationaux, modèles et résultats*, (P-PG/DrugCourts (2003) 3), septembre 2003.

« Prisons, drogues et société : Déclaration de consensus sur les principes, la politique et les pratiques », publié par l'OMS (Bureau de l'Europe) en partenariat avec le Groupe Pompidou, septembre 2002.

Stillwell, Gary et Fountain, Jane, *Benzodiazepine Use : A report of a survey of benzodiazepine consumption in the member countries of the Pompidou Group* (P-PG/Benzo (2002) 1), février 2002 (anglais uniquement).

Svensson, Njål Petter, *Outreach work with young people, young drug users and young people at risk – Emphasis on secondary prevention*, (P-PG/Prev (2003) 6), septembre 2003 (anglais uniquement).

« Targeted Drug Prevention – How to reach young people in the community ? », Report of the Conference in Helsinki, novembre 2002 (anglais uniquement).

Uchtenhagen, Ambros, Schaaf, Susanne et Berger Christa (Addiction Research Institute at Zurich University), *Réinsertion professionnelle des toxicomanes (projet EUREHA) : Etat des lieux et résultats d'une étude sur tous les Etats membres du Groupe Pompidou* (P-PG/Rehab(2000)1), 2000.

van de Wijngaart, G. F. et Leenders, F., « Groupe de travail "Minorités et usage de drogues" – Rapport final de consultant » (P-PG/ Minorities (98) 1), 1998.

Contact :
Conseil de l'Europe
Groupe Pompidou – Documentation
Catherine Lahmek
F-67075 Strasbourg Cedex
France

Tél. + 33 388 41 29 87 / fax + 33 388 41 27 85
e-mail : pompidou.group@coe.int
<http://www.coe.int/pompidou>

Sales agents for publications of the Council of Europe

Agents de vente des publications du Conseil de l'Europe

BELGIUM/BELGIQUE

La Librairie Européenne -
The European Bookshop
Rue de l'Orme, 1
B-1040 BRUXELLES
Tel.: +32 (0)2 231 04 35
Fax: +32 (0)2 735 08 60
E-mail: order@libeurop.be
<http://www.libeurop.be>

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202 Koningslaan
B-1190 BRUXELLES
Tel.: +32 (0)2 538 43 08
Fax: +32 (0)2 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@dl-servi.com
<http://www.jean-de-lannoy.be>

CANADA

Renouf Publishing Co. Ltd.
1-5369 Canotek Road
OTTAWA, Ontario K1J 9J3, Canada
Tel.: +1 613 745 2665
Fax: +1 613 745 7660
Toll-Free Tel.: (866) 767-6766
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
<http://www.renoufbooks.com>

CZECH REPUBLIC/ RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

Suweco CZ, s.r.o.
Klecakova 347
CZ-180 21 PRAHA 9
Tel.: +420 2 424 59 204
Fax: +420 2 848 21 646
E-mail: import@suweco.cz
<http://www.suweco.cz>

DENMARK/DANEMARK

GAD
Vimmelskaftet 32
DK-1161 KØBENHAVN K
Tel.: +45 77 66 60 00
Fax: +45 77 66 60 01
E-mail: gad@gad.dk
<http://www.gad.dk>

FINLAND/FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
PO Box 128
Keskuskatu 1
FIN-00100 HELSINKI
Tel.: +358 (0)9 121 4430
Fax: +358 (0)9 121 4242
E-mail: akatilaus@akateeminen.com
<http://www.akateeminen.com>

FRANCE

La Documentation française
(diffusion/distribution France entière)
124, rue Henri Barbusse
F-93308 AUBERVILLIERS CEDEX
Tél.: +33 (0)1 40 15 70 00
Fax: +33 (0)1 40 15 68 00
E-mail: commande@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

Librairie Kléber
1 rue des Francs Bourgeois
F-67000 STRASBOURG
Tel.: +33 (0)3 88 15 78 88
Fax: +33 (0)3 88 15 78 80
E-mail: francois.wolfermann@librairie-kleber.fr
<http://www.librairie-kleber.com>

GERMANY/ALLEMAGNE

AUSTRIA/AUTRICHE
UNO Verlag GmbH
August-Bebel-Allee 6
D-53175 BONN
Tel.: +49 (0)228 94 90 20
Fax: +49 (0)228 94 90 222
E-mail: bestellung@uno-verlag.de
<http://www.uno-verlag.de>

GREECE/GRÈCE

Librairie Kauffmann s.a.
Stadiou 28
GR-105 64 ATHINA
Tel.: +30 210 32 55 321
Fax: +30 210 32 30 320
E-mail: ord@otenet.gr
<http://www.kauffmann.gr>

HUNGARY/HONGRIE

Euro Info Service kft.
1137 Bp. Szent István krt. 12.
H-1137 BUDAPEST
Tel.: +36 (0)61 329 2170
Fax: +36 (0)61 349 2053
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
<http://www.euroinfo.hu>

ITALY/ITALIE

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
I-50125 FIRENZE
Tel.: +39 0556 483215
Fax: +39 0556 41257
E-mail: licosa@licosa.com
<http://www.licosa.com>

MEXICO/MEXIQUE

Mundi-Prensa México, S.A. De C.V.
Río Pánuco, 141 Delegación Cuauhtémoc
06500 MÉXICO, D.F.
Tel.: +52 (01)55 55 33 56 58
Fax: +52 (01)55 55 14 67 99
E-mail: mundiprensa@mundiprensa.com.mx
<http://www.mundiprensa.com.mx>

NETHERLANDS/PAYS-BAS

De Lindeboom Internationale Publicaties b.v.
M.A. de Ruyterstraat 20 A
NL-7482 BZ HAAKSBERGEN
Tel.: +31 (0)53 5740004
Fax: +31 (0)53 5729296
E-mail: books@delindeboom.com
<http://www.delindeboom.com>

NORWAY/NORVÈGE

Akademika
Postboks 84 Blindern
N-0314 OSLO
Tel.: +47 2 218 8100
Fax: +47 2 218 8103
E-mail: support@akademika.no
<http://www.akademika.no>

POLAND/POLOGNE

Ars Polona JSC
25 Obroncow Street
PL-03-933 WARSZAWA
Tel.: +48 (0)22 509 86 00
Fax: +48 (0)22 509 86 10
E-mail: arspolona@arspolona.com.pl
<http://www.arspolona.com.pl>

PORTUGAL

Livraria Portugal
(Dias & Andrade, Lda.)
Rua do Carmo, 70
P-1200-094 LISBOA
Tel.: +351 21 347 42 82 / 85
Fax: +351 21 347 02 64
E-mail: info@livrariaportugal.pt
<http://www.livrariaportugal.pt>

RUSSIAN FEDERATION/ FÉDÉRATION DE RUSSIE

Ves Mir
9a, Kolpachnyi per.
RU-101000 MOSCOW
Tel.: +7 (8)495 623 6839
Fax: +7 (8)495 625 4269
E-mail: orders@vesmirbooks.ru
<http://www.vesmirbooks.ru>

SPAIN/ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros, s.a.
Castelló, 37
E-28001 MADRID
Tel.: +34 914 36 37 00
Fax: +34 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
<http://www.mundiprensa.com>

SWITZERLAND/SUISSE

Van Diermen Editions – ADECO
Chemin du Lacuey 41
CH-1807 BLONAY
Tel.: +41 (0)21 943 26 73
Fax: +41 (0)21 943 36 05
E-mail: info@adeco.org
<http://www.adeco.org>

UNITED KINGDOM/ROYAUME-UNI

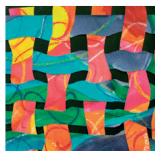
The Stationery Office Ltd
PO Box 29
GB-NORWICH NR3 1GN
Tel.: +44 (0)870 600 5522
Fax: +44 (0)870 600 5533
E-mail: book.enquiries@tso.co.uk
<http://www.tsoshop.co.uk>

UNITED STATES and CANADA/ ÉTATS-UNIS et CANADA

Manhattan Publishing Company
468 Albany Post Road
CROTON-ON-HUDSON, NY 10520, USA
Tel.: +1 914 271 5194
Fax: +1 914 271 5856
E-mail: info@manhattanpublishing.com
<http://www.manhattanpublishing.com>

Council of Europe Publishing/Editions du Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel.: +33 (0)3 88 41 25 81 – Fax: +33 (0)3 88 41 39 10 – E-mail: publishing@coe.int – Website: <http://book.coe.int>



Comment concevoir une politique en matière de drogues ? Les membres de la plate-forme Recherche du Groupe Pompidou de 17 pays européens ont étudié ce sujet en tenant compte du contexte politique national, de l'influence des conventions internationales et des stratégies en matière de drogues à l'échelon européen, de l'évolution des connaissances scientifiques et de la prise en charge des toxicomanies dans le sens le plus large du terme.

Ce livre répond, en partie, à la question de savoir si les pays choisissent une politique intégrée concernant les substances plutôt qu'une politique unique pour chacune des substances. La publication cherche également à déterminer la façon dont la société civile, la pratique et la science influencent la formulation de la politique en matière de drogues.



www.coe.int

Le Conseil de l'Europe regroupe aujourd'hui 47 Etats membres, soit la quasi-totalité des pays du continent européen. Son objectif est de créer un espace démocratique et juridique commun, organisé autour de la Convention européenne des droits de l'homme et d'autres textes de référence sur la protection de l'individu. Créé en 1949, au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Conseil de l'Europe est le symbole historique de la réconciliation.

ISBN 978-92-871-6479-7



25€/50\$US

<http://book.coe.int>
Editions du Conseil de l'Europe