



Vers une politique intégrée liée aux substances psychoactives: analyse théorique et empirique

Richard Muscat, Dike van de Mheen et Cas Barendregt
et des membres de la plateforme Recherche du Groupe Pompidou

Publishing
Editions



Vers une politique intégrée liée aux substances psychoactives : analyse théorique et empirique

Richard Muscat

Dike van de Mheen

Cas Barendregt

et des membres de la plateforme Recherche

Edition anglaise :

Towards an integrated policy on psychoactive substances: a theoretical and empirical analysis

ISBN 978-92-871-6925-9

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 ou transmis, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique (CD-Rom, internet, etc.) ou mécanique, photocopie, enregistrement ou de toute autre manière – sans l'autorisation écrite préalable de la Division de l'information publique, 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 978-92-871-6924-2

© Conseil de l'Europe, octobre 2010

Imprimé dans les ateliers du Conseil de l'Europe

Les auteurs

Richard Muscat est professeur en neurosciences comportementales, Département des sciences biomédicales de l'université de Malte, et président de la Commission nationale des drogues de Malte. Au sein du Groupe Pompidou, il est le coordinateur de la plateforme Recherche. Il a rédigé l'exposé théorique ainsi que les conclusions générales, et établi le manuscrit final.

Dike van de Mheen est professeur en recherche sur les dépendances, Département des sciences de la santé de l'université Erasmus, et directrice scientifique de l'Institut de recherche sur les dépendances, Rotterdam, Pays-Bas. Elle est présidente de la Stichting Volksgezondheid en Wetenschap (Fondation pour la santé publique et les sciences) et membre du comité d'experts qui conseille le gouvernement national sur la politique en matière de drogues. Au sein du Groupe Pompidou, elle est membre de la plateforme Recherche, représentant les Pays-Bas. Elle a mené l'étude empirique.

Cas Barendregt est chercheur principal à l'Institut de recherche sur les dépendances, Rotterdam, Pays-Bas. Il a participé à la rédaction de l'étude empirique.

Pays couverts par l'étude empirique

Allemagne

Irlande

Norvège

Pays-Bas

Portugal

Royaume-Uni

Suisse

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 de la Direction générale III du Conseil de l'Europe – Cohésion sociale. 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 les sciences.

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 Drugs)¹.

Le groupe d'experts en épidémiologie, actif de 1982 à 2004, a été remplacé par la plateforme 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 plateforme 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 également 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.

La présente publication a été commandée par le Groupe Pompidou au professeur Richard Muscat, président de la plateforme Recherche 2007-2010, et au professeur Dike van de Mheen. Elle fait suite à une demande de l'Office fédéral des drogues et des toxicomanies 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 ont servi de base à la publication intitulée *D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives* (Conseil de l'Europe, 2008), une analyse rétrospective des politiques en matière de drogues de 17 Etats membres, tenant compte du contexte social et culturel. Cette analyse s'accompagnait d'une réflexion concernant l'évolution, à partir de politiques distinctes sur l'alcool, le tabac et les drogues, vers une politique unique intégrant toutes les substances.

La présente publication vise à mieux comprendre les bases scientifiques du choix entre une politique distincte pour chaque substance et une politique unique intégrant toutes les substances, et donne des informations concrètes sur la manière dont ces politiques sont mises en œuvre aujourd'hui. Les sept pays examinés ici – Allemagne, Irlande, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suisse – couvrent toute la gamme des options possibles, d'une politique unique à une politique intégrée.

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 ou du Groupe Pompidou.

Sommaire

Le Groupe Pompidou	5
1. Exposé théorique	9
1.0. Contexte.....	9
1.1. Introduction.....	11
1.2. Données scientifiques.....	15
1.2.1. Substances psychoactives	15
1.2.2. Système de la récompense	19
1.2.3. Apprentissage et mémoire	22
1.2.4. Prise de décision	24
1.2.5. Dépendance	25
1.2.6. Troubles psychiatriques.....	27
1.2.7. Predisposition génétique.....	28
1.2.8. Caractéristiques psychologiques.....	29
1.2.9. Déterminants sociologiques.....	30
1.3. Discussion.....	32
1.4. Conclusion	33
1.5. Références	35
2. Etude empirique des politiques intégrées en matière de drogues	39
2.1. Introduction.....	39
2.2. Questions de recherche.....	42
2.3. Méthodes	42
2.4. Résultats	43
2.4.1. Intégration des politiques relatives aux substances et coordination	45
2.4.2. Pays où l'intégration des politiques relatives aux substances et leur coordination sont en cours....	45
2.4.3. Aucune intégration des politiques relatives aux substances	46
2.4.4. L'intégration, une question de coordination.....	46

2.5. Résumés par pays	47
2.5.1. Allemagne.....	47
2.5.2. Royaume-Uni	48
2.5.3. Norvège	50
2.5.4. Suisse	51
2.5.5. Portugal	52
2.5.6. Pays-Bas.....	54
2.5.7. Irlande.....	56
2.6. Conclusion	58
2.7. Discussion	60
2.8. Références.....	64
3. Conclusions générales.....	65
3.1. Références.....	70
Publications du Groupe Pompidou.....	71

1. Exposé théorique

1.0. Contexte

Les conclusions de la première tentative d'état des lieux dans le domaine des politiques en matière de drogues, qui examinait quels pays ont opté pour des politiques distinctes et lesquels semblent aller vers une politique globale incluant toutes les substances psychoactives, ont soulevé de nouvelles questions.

La publication à laquelle ces travaux ont donné lieu, intitulée *D'une politique sur les drogues illicites vers une politique sur les substances psychoactives*, explique comment ont été élaborées les politiques en matière de drogues dans différents pays, compte tenu – au niveau national – de la ratification des conventions des Nations Unies, de l'adoption des stratégies de l'Union européenne en matière de drogues et de tous les changements majeurs ayant pu influencer sur la voie suivie par ces pays 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 du problème des drogues et l'opinion publique – ainsi que du contexte politique, c'est-à-dire de l'idéologie politique du moment.

Ce document retrace l'évolution des politiques en matière de drogues dans chacun des pays. Il précise pourquoi, à l'exception de celles issues de l'épidémiologie, les données scientifiques n'ont généralement pas été prises en compte. Cela peut s'expliquer par le fait que certains pays ont mis en place leurs politiques en matière de drogues il y a quelques années déjà, à une période où les connaissances scientifiques n'étaient pas ce qu'elles sont aujourd'hui. En particulier, le domaine des neurosciences cognitives a apporté de nouveaux éclairages concernant le cerveau, le comportement et la santé mentale.

Le choix de la majorité des 17 pays étudiés s'est porté sur une politique distincte pour chaque substance psychoactive. La Suisse, la France,

L'Irlande, l'Allemagne, le Portugal, la République tchèque et la Norvège penchaient quant à eux pour une politique globale. La Norvège semblait être le seul pays à avoir pleinement opté pour l'intégration ; le Royaume-Uni et les Pays-Bas semblaient rester fermes dans leur choix d'une politique par substance.

Compte tenu de ces résultats, l'Allemagne, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suisse ont été retenus pour participer à l'étude empirique qui figure en deuxième partie du présent ouvrage, après l'exposé général qui examine les fondements théoriques du choix entre des politiques distinctes ou une politique globale. Aux fins de l'étude empirique, deux questions ont été posées, pour chacun des sept pays :

- Qu'entend-on par «politique intégrée» ?
- Comment cette «politique intégrée» est-elle mise en œuvre ?

Il en ressort une nouvelle fois que les deux extrêmes sont occupés par le Royaume-Uni et la Norvège, les autres pays se situant entre les deux.

Il est apparu dans la précédente étude que la santé était la principale considération de politique générale dans tous ces pays. La Norvège, par exemple, a indiqué de manière très explicite que son choix d'une politique englobant les drogues et l'alcool reposait sur les résultats des neurosciences cognitives selon lesquels toutes ces substances ont des répercussions négatives sur le cerveau et le comportement, et donc sur la santé mentale. Elle a également précisé les fondements de la prévention, à savoir les conclusions scientifiques selon lesquelles un arrêt précoce de la consommation empêche les problèmes ultérieurs. Au niveau européen, des mesures de réduction des risques, et notamment des programmes d'échange de seringues et de substitution, ont été prises en réponse aux risques de santé imminents associés à la toxicomanie par voie intraveineuse, qui aurait pu favoriser la propagation du VIH en Europe. Cette menace pour la santé des citoyens européens nécessitait une réponse politique directe. Cela aurait pu jeter les bases d'une réorientation générale vers des politiques en matière de drogues axées sur la santé et le bien-être des citoyens.

Sur un plan plus général, l'Union européenne s'occupe de la santé, de la sécurité et du bien-être de ses citoyens. Le Conseil de l'Europe, en plus d'assurer leur santé et leur bien-être, a également pour but de protéger les droits fondamentaux des citoyens de ses 47 Etats membres. Les politiques publiques sont un moyen tout trouvé d'atteindre ces objectifs : dans le cadre d'une politique globale de santé, une politique sur les drogues ou sur les substances psychoactives peut

constituer un moyen de prendre en main la santé et le bien-être des nations concernées.

Le bien-être d'une personne est lié à sa situation sur le plan physique, social et mental. Ces facteurs sont à la base de l'épanouissement de l'individu et de sa pleine participation à la société. D'autres besoins fondamentaux doivent également être comblés, mais c'est précisément ce à quoi servent les politiques publiques – combler les besoins en mettant l'individu au centre de toute évolution de la politique. Le bien-être peut être mesuré par un suivi de l'état de santé, lequel devrait inclure une détermination de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, ces substances pouvant toutes avoir un effet délétère sur la santé et le bien-être (Johnston 2009, Wilkinson et Pickett 2009). En mettant l'accent sur l'état mental et physique de l'individu, on tient déjà compte de deux des trois aspects directement liés au bien-être; quant au troisième – le domaine social –, on peut également, dans un sens, l'intégrer indirectement aux politiques en adoptant le modèle de Zinberg de 1984.

Certes, toutes ces substances – tabac, alcool et drogues illicites – sont des agents chimiques qui affectent le cerveau et le comportement, et donc l'état mental. Mais il ne faut pas oublier la personnalité, le comportement, les attentes et les motivations de l'utilisateur, ainsi que le contexte, car ils ont une influence considérable sur l'utilisateur et les modes de consommation. Ce sont des connexions cérébrales complexes qui engendrent ces caractéristiques et qui sont à la base de la décision de consommer ou non ces agents chimiques, et donc d'affecter la santé mentale. Une compréhension scientifique des systèmes cérébraux à l'origine de la personnalité ou de la motivation est donc essentielle pour élaborer des politiques reposant sur des connaissances validées et visant le bien-être des individus, selon le principe «un esprit sain dans un corps sain». D'autres facteurs – par exemple, le fait que les traitements soient efficaces – plaident en faveur d'une meilleure compréhension des systèmes cérébraux qui contribuent à la santé mentale et au bien-être, et d'une utilisation des découvertes dans le domaine des neurosciences comme fondement des politiques en matière de drogues ou d'abus de substances.

1.1. Introduction

Il existe un concept selon lequel toute structure remplirait ou favoriserait une fonction. Du point de vue politique, l'existence de ministères, d'administrations et d'organes de liaison appropriés constitue la base de la mise en œuvre et du suivi des politiques. De la même manière, les connexions complexes de notre cerveau permettent une

communication entre différents circuits au sein de diverses structures, et constituent la base de notre comportement. Dans tous les cas, on a une structure qui remplit une fonction. La première partie du présent ouvrage donne des bases théoriques pour la formulation de politiques, qu'elles soient uniques ou intégrant toutes les substances. Nous verrons plus tard le rapport avec l'approche structure-fonction.

Examinons à présent la notion de «politique intégrée». Cette expression a plusieurs significations possibles. Si l'on fait référence à une politique relative à une substance en particulier, cela englobe l'offre et la demande. Ces catégories peuvent à leur tour être divisées en plusieurs composantes, à savoir, pour l'offre : les douanes, la police, le système judiciaire et carcéral ; et pour la demande : la prévention, le traitement, la réduction des risques et l'insertion sociale, sous l'angle général de la recherche, de l'évaluation et de la collaboration internationale. De ce point de vue, intégration signifie «inclure tous les éléments nécessaires de manière cohérente». Dans le cas d'une politique unique pour toutes les substances psychoactives, le terme «intégration» prend un sens légèrement différent. Il désigne alors le fait d'inclure toutes les substances psychoactives de manière appropriée.

L'expression «politique intégrée» peut donc avoir différentes significations, en premier lieu selon l'option politique retenue.

Une fois que ce choix a été fait, le terme «intégration» peut être appliqué à un deuxième niveau, celui de la «structure-fonction». Autrement dit : quelles structures doivent être en place pour que la politique puisse être mise en œuvre de manière à atteindre les objectifs recherchés. L'étude empirique qui suit répond à cette question, en donnant des informations sur la manière dont les politiques ont été appliquées. Le chapitre 3 l'examine plus en détail, et tire les conclusions générales du présent exposé et de l'étude empirique.

Venons-en maintenant à la question suivante : «Pourquoi s'intéresser à la science dans ce domaine d'action?» Depuis des années, l'épidémiologie est l'un des piliers de la recherche dans le domaine des drogues, et plus encore dans celui de l'alcool. Du point de vue des gouvernements, la principale question a donc toujours été celle de l'étendue du problème de la consommation de substances psychoactives et de leur impact sur la société. L'épidémiologie utilise notamment des enquêtes auprès de la population et dans les écoles ainsi que des sondages en boule de neige pour estimer la consommation au cours de la vie, au cours de l'année précédente et au cours du mois précédent : en d'autres termes, si la personne a essayé une fois la substance, ou si elle en fait un usage irrégulier ou régulier. Des estimations mathématiques peuvent

également être utilisées pour déterminer, par exemple, combien de toxicomanes peuvent avoir besoin d'une intervention directe et combien suivent un traitement. Ces chiffres montrent dans quelle mesure la politique en question a atteint ses objectifs. Enfin, les résultats des traitements peuvent venir à l'appui de la politique en vigueur.

D'après les chiffres de la consommation de drogues en Europe (usage irrégulier), au cours de l'année précédente, près de 23 millions de personnes avaient consommé du cannabis, quelque 4 millions avaient consommé de la cocaïne, 2,6 millions de l'ecstasy et 2 millions des amphétamines. Les usagers d'héroïne et de cocaïne – les drogues les plus néfastes et qui ont les coûts sanitaires et sociaux les plus élevés – étaient au nombre de 2 millions. Ce type de consommation cause chaque année près de 7 500 morts par surdose. Il y a également une comorbidité élevée entre la consommation de drogues et les troubles mentaux – ceux-ci sont à la fois plus graves et plus fréquents.

L'Europe reste la région du monde où la consommation d'alcool est la plus forte, avec un total de 11 litres d'alcool pur par personne et par an, ce qui correspond à deux fois la moyenne mondiale. D'après les estimations, quelque 55 millions d'Européens consomment des quantités nocives d'alcool; 23 millions d'entre eux sont considérés comme dépendants. Ces niveaux de consommation seraient responsables de près de 195 000 décès chaque année en Europe, des suites de cancers, de cirrhoses du foie, de maladies neuropsychiatriques, de suicides, d'accidents de la route et autres, ainsi que d'homicides (Commission européenne 2009*a*). Il est à noter que les accidents de la route liés à la consommation d'alcool pourraient occuper la cinquième place des principales causes de décès d'ici 2030, contre la neuvième en 2004 (passant de 1,3 à 2,4 millions). L'Organisation mondiale de la santé a annoncé que ses 193 pays membres ont décidé de lutter contre la consommation excessive d'alcool en adoptant une stratégie globale, axée sur 10 domaines clés parmi lesquels l'action des services de santé, l'action communautaire, les politiques de prix et la réduction de l'impact sur la santé publique de la production d'alcool illicite (OMS 2010).

En 2004, les décès liés au tabac dans le monde s'élevaient à 5,4 millions. Ce chiffre devrait atteindre les 8,3 millions d'ici 2024, soit 10 % du total des décès (OMS 2004). La consommation de tabac est également un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, de bronchopneumopathie chronique obstructive et de certains cancers. Les trois principales causes de décès dans le monde en 2004 étaient les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires et les infections respiratoires basses.

En résumé, la prévalence de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues en Europe est pour le moins un problème, qu'il convient de résoudre en raison de l'impact de ces substances sur la santé mentale et physique, et donc sur le bien-être général.

Comme nous l'avons vu précédemment, la consommation de ces substances a des répercussions sur l'ensemble de notre physiologie et joue un rôle majeur dans notre santé et notre bien-être, et par là même dans notre capacité à mener des vies «productives». L'épidémiologie offre les moyens d'estimer la charge de morbidité totale, et elle a développé le concept d'années de vie corrigées de l'incapacité (*disability-adjusted life year* ou *DALY*), la «somme des années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et des équivalents-années de vie perdues en raison d'une incapacité» (OMS 2004). La recherche biomédicale commence à nous donner les moyens de comprendre les mécanismes qui conduisent à la première consommation et les changements qui font évoluer vers la dépendance, ainsi que leurs conséquences. Parmi les domaines de la recherche sur le cerveau qui étudient ces questions, les neurosciences cognitives sont en première ligne.

Avant d'examiner les systèmes cérébraux que l'on estime être au centre de la consommation de substances, ajoutons que ces substances psychoactives ont également des effets sur d'autres organes du corps, effets qui doivent être pris en considération dans toute politique intégrée. Ces effets seront examinés dans une certaine mesure, mais pas dans tous les cas. On en tiendra compte en parcourant ce texte.

Les substances psychoactives sont appelées ainsi car elles agissent principalement sur les mécanismes cérébraux, modifiant ainsi le comportement. Le cerveau est composé d'un certain nombre d'aires fonctionnelles, chacune produisant un aspect particulier de nos capacités cognitives, pour nous permettre de prendre des décisions et d'adopter le comportement approprié en fonction du contexte dans lequel nous nous trouvons.

Quelles capacités cognitives ces substances affectent-elles? Elles semblent interférer avec notre capacité à prendre des décisions, à opérer des jugements de valeur et à modérer notre comportement, ainsi qu'avec nos facultés d'apprentissage, de mémoire, d'émotion et d'intéroception. L'altération de ces fonctions peut entraîner un comportement pathologique, qui est maintenant un critère classique de diagnostic de la dépendance (Association américaine de psychiatrie, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, rév. 2000; OMS 2003). Des zones spécifiques du cerveau interviennent dans ces capacités cognitives, parmi lesquelles le cortex frontal (pour la prise de

décisions) et l'hippocampe (pour certains types d'apprentissage et de mémoire). Leur rôle est confirmé par les conclusions de publications scientifiques selon lesquelles les capacités cognitives sont altérées chez les patients qui présentent des lésions de ces zones du cerveau.

Avant d'examiner en détail chacune de ces substances psychoactives dans la partie suivante de cet exposé, nous verrons comment elles peuvent affecter la fonction cérébrale en agissant sur la communication neuronale. Le cerveau est composé de centaines de milliards de cellules nerveuses (ou neurones), que l'on peut comparer à des « câbles » formant des circuits au sein des différentes aires cérébrales et reliant ces dernières les unes aux autres. Contrairement à l'installation électrique de votre maison, où il faut en principe brancher un appareil électrique dans une prise pour le connecter à la source d'électricité, les neurones sont des éléments unitaires, ce qui signifie qu'ils ne sont pas jointifs. La transmission de signaux électriques d'un neurone à l'autre se fait au moyen de « signaux chimiques » : le signal électrique est transformé en un signal chimique pour traverser l'espace entre les neurones (fente synaptique), avant d'être reconverti en un signal électrique dans le neurone suivant.

Cette transmission chimique fonctionne suivant le modèle « clé-serrure » : lorsque le signal électrique arrive à la terminaison du premier neurone, ce dernier doit produire et libérer la clé appropriée (le composé chimique), tandis que le neurone suivant doit présenter la serrure adaptée (le récepteur), permettant d'« ouvrir la porte ». La compréhension de ces mécanismes nous permet de mettre au point des médicaments pour corriger les aberrations de ces processus, aberrations à l'origine de pathologies cérébrales allant de la dépression à la toxicomanie. Il existe dans le cerveau une centaine de composés chimiques libérés par les neurones – les neurotransmetteurs – et des milliers de milliards de connexions fonctionnant sur ce principe. C'est comme si le câblage de la totalité du réseau téléphonique desservant l'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud était tassé dans 1,2 à 1,3 kg de matière – c'est le poids du cerveau –, principalement des cellules nerveuses, représentant 2 % du poids du corps humain.

1.2. Données scientifiques

1.2.1. Substances psychoactives

De manière générale, toutes les substances psychoactives, c'est-à-dire l'alcool, le tabac et les autres drogues, agissent sur les neurones pour modifier la manière dont les signaux neuronaux se propagent.

L'alcool pénètre dans la plupart des tissus ou cellules du corps car il est miscible à l'eau. Après ingestion orale, il est absorbé puis se distribue dans tout le corps via la circulation sanguine. Plus l'apport sanguin vers un organe donné est important, plus la probabilité que l'alcool pénètre dans cet organe – le cerveau, par exemple – est élevée. Les tissus, cellules ou organes moins vascularisés mettent plus longtemps à absorber l'alcool par diffusion passive ; toutefois, lorsque la majeure partie de l'alcool est passée du sang aux parties du corps vers lesquelles l'apport sanguin est le plus élevé, l'inverse se produit. L'alcool étant présent en concentration plus élevée dans ces tissus ou cellules que dans le sang, une partie regagne la circulation sanguine.

Si l'alcool semble pénétrer dans la plupart des organes du corps, il a toutefois des effets spécifiques sur les tissus nerveux cérébraux. Une fois dans le cerveau, il agit sur les neurones qui libèrent le neurotransmetteur inhibiteur appelé acide gamma-aminobutyrique (GABA), ainsi que sur ses récepteurs, appelés récepteurs GABA A. Cela a pour effet d'empêcher l'inhibition dans certaines aires cérébrales. On pense que l'alcool est un stimulant, car il lève certaines inhibitions – par exemple, la retenue – mais en réalité, c'est un neurodéresseur : une poursuite de la consommation d'alcool entraîne des troubles de l'élocution, de l'activité locomotrice et de la motricité fine. L'alcool a un effet psychotrope et agit sur le circuit de la récompense en supprimant les influx inhibiteurs via le système GABA ; il s'ensuit une élévation du taux de dopamine (la dopamine est le neurotransmetteur signalant la récompense) procurant une sensation de bien-être (voir ci-après).

L'alcool agit également sur d'autres systèmes de neurotransmetteurs dans le cerveau pour modifier leurs signaux. Il augmente notamment la libération de peptides opioïdes impliqués dans les sensations d'euphorie et l'analgésie (soulagement de la douleur). C'est pour cela que la naltrexone, antagoniste des récepteurs opioïdes (c'est-à-dire qui les bloque), est utilisée dans le traitement de l'alcoolisme. Il s'ensuit que l'effet d'une drogue, telle que l'héroïne, peut être amplifié par l'ingestion simultanée d'alcool. Ces interactions entre substances sont fréquentes et peuvent être à la base d'une polytoxicomanie : dans ce cas, le consommateur expérimente les effets de différentes drogues et les combine de manière à obtenir le « meilleur effet possible », en ignorant peut-être les effets négatifs d'une combinaison des deux, par exemple l'amplification de la dépression respiratoire. Cela peut également se produire lorsque l'alcool est associé aux antidépresseurs tels que le diazépam ; en inhibant certaines enzymes, l'alcool augmenterait la concentration sanguine de diazépam et provoquerait une dépression respiratoire accrue pouvant conduire à un arrêt respiratoire complet.

L'alcool entraîne également une vasodilatation des vaisseaux sanguins périphériques, causant une sensation de chaleur et des rougeurs du visage (*flush*); c'est pourquoi on le consomme fréquemment par temps froid. Cela peut être dangereux, car cette sensation est due à une libération de chaleur corporelle pendant une courte période et à une inhibition de la vasoconstriction réflexe des mêmes vaisseaux périphériques – vasoconstriction provoquée par le froid –, de sorte que l'on finit par avoir plus froid qu'auparavant.

La consommation chronique d'alcool a d'autres effets sur le système périphérique. Les plus préoccupants sont le cancer de la langue, de la bouche, de l'estomac et du foie, ainsi que l'impuissance chez les hommes et un dysfonctionnement ovarien chez les femmes. Le syndrome d'alcoolisation foetale entraîne des problèmes de développement chez l'enfant à naître, se traduisant à la naissance par des malformations physiques et un retard mental.

La nicotine est l'un des nombreux composants du tabac; c'est un stimulant, comme la caféine. Le fort pouvoir toxicomanogène de la nicotine s'explique principalement par le fait qu'après inhalation de la fumée de cigarette, 25 % du stimulant a déjà atteint le cerveau au bout de sept secondes, soit deux fois plus rapidement que s'il était administré par voie intraveineuse. Fumer produit une telle sensation de bien-être quasi instantanée que cela engendre un renforcement de l'habitude, à l'origine du phénomène de dépendance.

Dans le cerveau, la nicotine agit sur les récepteurs dits «nicotiniques», bien que le neurotransmetteur auquel ils répondent soit l'acétylcholine. Elle agit sur le système de la récompense au sein duquel ces récepteurs sont présents, récepteurs qui engendrent les mêmes sensations d'euphorie que celles produites par d'autres stimulants connus tels que la cocaïne et les amphétamines. Bien que leurs mécanismes d'action soient différents, ces substances produisent le même effet: une sensation d'euphorie. La nicotine a également des effets sur le système nerveux dans le reste du corps; c'est pourquoi on considère qu'elle intervient dans quatre des cinq principales causes de décès précitées, à savoir les maladies cardiovasculaires, les cancers du poumon et autres, les accidents vasculaires cérébraux et les bronchopneumopathies chroniques obstructives. Nous savons maintenant que les fumeurs atteints de cancers du poumon sont porteurs de quelque 50 000 mutations ou altérations génétiques, par rapport aux non-fumeurs (Lee *et al.* 2010).

La substance psychoactive la plus consommée après l'alcool et le tabac est la marijuana, dont le cannabinoïde actif présent naturellement est le tétrahydrocannabinol ou THC. Le THC agit sur les récepteurs cannabinoïdes du cerveau, qui sont de deux types: CB1 et CB2. C'est le CB1

qui nous intéresse le plus ici, car sa stimulation entraîne une élévation de la dopamine dans le circuit de la récompense. L'activation de ces récepteurs entraîne une sensation d'euphorie, ainsi qu'une altération des sensations et des troubles de la mémoire. Les mélanges d'épices contenant des cannabinoïdes et l'augmentation des concentrations de THC dans les produits obtenus à partir de la plante *Cannabis sativa* semblent être les points les plus préoccupants à l'heure actuelle.

Les stimulants les plus notables sont la cocaïne et les amphétamines : tous deux ont un effet direct sur le principal neurotransmetteur cérébral intervenant dans les sensations d'euphorie. Ils se fixent sur le transporteur de la dopamine chargé de recapturer ce neurotransmetteur dans la fente synaptique après sa libération et son action sur les récepteurs dopaminergiques du neurone postsynaptique. Ce faisant, ils élèvent les niveaux de dopamine à un tel point que certains ont décrit les sensations d'euphorie produites par l'ingestion de cocaïne comme étant supérieures à tout ce qu'ils avaient connu auparavant. La cocaïne comme les amphétamines peuvent provoquer des hallucinations visuelles et auditives ainsi qu'une paranoïa, des symptômes typiquement attribués à la schizophrénie. En laboratoire, l'administration d'amphétamines à haute dose a été utilisée pour modéliser les symptômes de la schizophrénie, afin d'identifier les circuits cérébraux pouvant être responsables de cette pathologie et les modifications neuronales qui la caractérisent.

La cocaïne a également des effets sur le système nerveux périphérique et les organes innervés par le système nerveux sympathique. L'ingestion de ces stimulants provoque une élévation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque, de la vitesse de métabolisme et de la fréquence respiratoire, ainsi que de la température corporelle. Tout cela semble être dû aux effets de ces stimulants sur la recapture de la noradrénaline, neurotransmetteur similaire à la dopamine, ou à leur effet direct sur les centres cérébraux qui contrôlent le flux sympathique.

Parmi les stimulants, on trouve également deux membres de la famille des amphétamines, le MDMA (ou ecstasy) et le khat. Nous nous concentrerons ici sur le MDMA, qui est plus connu que le khat et principalement consommé lors de *rave parties*. L'ecstasy agit principalement sur le système de la sérotonine pour accroître la libération et limiter la recapture de ce neurotransmetteur, ce qui entraîne une légère euphorie et une sensation de bien-être, accompagnée d'une amplification des perceptions sensorielles et de la volonté d'entrer en contact avec les autres. Une consommation excessive d'ecstasy entraînerait une toxicité pour les neurones sérotoninergiques, provoquant la perte d'un certain nombre d'entre eux, ainsi que des troubles de

la mémoire. Sur le plan des réactions aiguës, l'ecstasy provoque une élévation du rythme cardiaque et de la pression artérielle ainsi que de la température corporelle, une hypersudation et une hypersalivation. Ce sont ces effets périphériques qui mettent le consommateur en danger lors de *raves parties*, où ils sont aggravés par l'activité physique. La mise en place de «salles de refroidissement» lors de ces fêtes permet aux danseurs de se reposer, de se rafraîchir et de boire de l'eau pour compenser les pertes hydriques.

Nous examinerons en dernier lieu les opiacés, tels que la morphine. Dans le cerveau, ils agissent sur le système des opioïdes, qui est en grande partie responsable du soulagement de la douleur et des sensations de bien-être et d'euphorie. Ces composants, dont l'héroïne est un exemple particulièrement significatif, agissent sur les récepteurs aux opiacés qui sont de trois types : mu, kappa et delta. C'est la stimulation directe par l'héroïne du récepteur mu dans le circuit de la récompense du cerveau qui serait responsable des sensations d'euphorie générées par cette substance. L'héroïne semble agir en reproduisant l'effet de l'opiacé endogène, l'enképhaline ; après un usage répété, le système ne fabrique plus d'enképhaline, si bien qu'à l'arrêt de la consommation, le cerveau ne contient plus la quantité nécessaire de ce neurotransmetteur, ce qui provoque une dysphorie et une perception accrue de la douleur.

La méthadone, une autre drogue qui reproduit les effets de l'enképhaline mais pas de manière aussi efficace, est utilisée dans la désintoxication à l'héroïne pour limiter ces effets indésirables majeurs. Une diminution progressive de la dose permet au cerveau de reprendre la synthèse de l'enképhaline, de sorte qu'après trois semaines de traitement, un sevrage de la méthadone peut également être envisagé. Un médicament plus récent utilisé dans le traitement de la dépendance à l'héroïne est la buprénorphine, plus connue sous le nom de subutex. Cet agoniste partiel a un effet maximal de l'ordre de 65 %, donc inférieur à celui de l'héroïne, mais suffisant pour permettre au système de reprendre son fonctionnement normal.

Cette brève présentation des effets pharmacologiques et physiologiques de l'alcool, du tabac et d'autres drogues, tous des substances psychoactives, se veut une introduction au paragraphe suivant (pour plus d'informations, voir Meyer et Quenzer 2005 ; Feldman, Meyer et Quenzer 1997).

1.2.2. Système de la récompense

L'un des mécanismes fondamentaux du comportement, et notamment du comportement orienté vers un but, est ce que l'on appelle le «système

cérébral de la récompense». Situé juste en dessous du cortex, ce système nous rendrait plus enclins à accomplir plus fréquemment certains actes qui ont entraîné des récompenses et nous ont donné satisfaction. En des termes simples, si le fait de manger, de boire et de nous reproduire ne nous faisait pas nous sentir bien, aucun d'entre nous ne serait là aujourd'hui. La réalisation d'objectifs à plus long terme – obtenir un diplôme supérieur ou de bons résultats en politique, par exemple – nécessite d'adopter un comportement persévérant sur une certaine durée, pour finalement aboutir à une récompense, telle qu'un diplôme ou une réélection. Certaines récompenses sont obtenues tout de suite (plaisir instantané) et d'autres après une plus longue période (satisfaction différée) : elles modifient notre comportement en conséquence. Les substances psychoactives semblent altérer le circuit de la récompense, d'une manière qui apporte une satisfaction immédiate et non différée.

Le système cérébral de la récompense est un circuit qui part du mésencéphale et se termine dans une zone appelée striatum ventral. Il est constitué de neurones qui libèrent une variété de neurotransmetteurs, mais celui qui semble essentiel pour apporter un signal de récompense dans cette zone est la dopamine. Il a été démontré qu'une stimulation de ces nerfs en vue de la libération de dopamine dans ce circuit est indispensable pour provoquer une sensation de bien-être et que le comportement qui a conduit à cette sensation a toutes les chances d'être reproduit pour obtenir ce même résultat. Le mécanisme d'action commun à toutes les substances psychoactives consiste en une élévation – parfois indirecte – de la libération de dopamine dans le circuit de la récompense. En cas d'administration aiguë ou lors d'une première prise, le signal dopaminergique est renforcé dans ce circuit, ce qui provoque un renforcement du comportement ayant abouti à ce résultat, avec une probabilité accrue qu'il se reproduise.

D'aucuns diront que cela n'est pas une mauvaise chose en soi, compte tenu du caractère quelquefois prosaïque de l'existence. Il y a pourtant des risques associés à la consommation de ces substances, parmi lesquels l'apparition d'une accoutumance et d'une dépendance. La consommation de la substance en question devient alors la seule forme de récompense, car celle-ci nous apporte un plaisir plus grand que tout ce qui nous est proposé par ailleurs, que ce soit les relations avec autrui ou la joie d'assister à un coucher de soleil au bord de la mer en été. Certes, un tel scénario ne se produira pas du jour au lendemain, étant donné que les modifications cérébrales découlant de la consommation de substances apparaissent progressivement, mais il s'ensuit tout de même une altération du comportement et de certaines capacités cognitives telles que la faculté de répondre aux stimuli et de prendre les «bonnes» décisions en fonction des circonstances.

Toutes les substances psychoactives – que ce soit l'alcool, le tabac ou les drogues – «détournent» le circuit cérébral de la récompense en amplifiant largement le signal de la récompense véhiculé par la dopamine, d'où un risque de poursuite de la consommation pouvant avoir d'autres conséquences au niveau du comportement, par exemple la prise de mauvaises décisions. Progressivement, des mécanismes de neutralisation entrent en jeu dans le cerveau, qui diminuent l'impact du signal de la récompense et renforcent le désir irrésistible de la substance (*craving*). Les récompenses «naturelles» auront alors plus de mal à activer le système, d'où une probabilité accrue de poursuite de la consommation, pour éviter à l'individu la dysphorie ou la dépression qui remplacent l'euphorie ayant suivi la première prise.

Au niveau cérébral, ce scénario pourrait s'expliquer par une augmentation du signal dopaminergique dans le circuit de la récompense, résultant d'une modification du mode de décharge des neurones concernés. En effet, les neurones dopaminergiques ont deux modes de fonctionnement : activité tonique et activité phasique. La fréquence de décharge est faible dans le premier cas, de 2 à 5 fois par seconde, tandis que dans le deuxième cas, elle peut augmenter jusqu'à 20 fois par seconde. Par conséquent, la libération de dopamine est faible dans l'état tonique mais élevée dans l'état phasique. Toutes les substances psychoactives ont la propriété de favoriser l'activité dite «phasique» et donc d'augmenter les niveaux de dopamine.

Si cela était la seule conséquence de l'ingestion de ces substances, l'on pourrait s'attendre à ce que tout revienne à la normale après la consommation ; or, ce n'est pas le cas. Un usage prolongé continue à orienter le système vers l'activité phasique. Pour contrer les effets de l'augmentation des concentrations de dopamine dans le circuit de la récompense, le cerveau réduit de plus en plus l'activité des récepteurs dopaminergiques : le fonctionnement global du système est alors bouleversé. Cela expliquerait pourquoi l'utilisateur doit poursuivre sa consommation pour garder un niveau «normal» de fonctionnement, sans quoi il passerait de l'euphorie à la dysphorie, ce qui se produit habituellement lorsque l'utilisateur s'arrête de consommer et, à plus forte raison, en cas de sevrage.

A l'arrêt de la consommation, des symptômes typiques de la dépression, ainsi qu'une anxiété et une irritabilité, font leur apparition. Cet état est source de stress. Tous ces sentiments sont générés par les systèmes cérébraux qui entrent en jeu sous l'effet des altérations du circuit de la récompense (pour plus d'informations, voir Koob et Volkow 2010).

En conclusion, les substances psychoactives ont un impact majeur sur la chimie du cerveau, et un effet initial sur le circuit de la récompense qui les rend attrayantes. Le cerveau est un organe dynamique qui tente de contrer les effets de ces substances, et par là leurs conséquences.

C'est là qu'interviennent l'apprentissage et la mémoire, dont nous examinerons l'impact sur le fonctionnement global de l'individu.

1.2.3. Apprentissage et mémoire

Comme nous l'avons vu, l'usage répété de substances psychoactives mène à un stade où les effets de la récompense sont diminués, tandis que la recherche ou le désir de la substance se fait de plus en plus irrésistible. Il s'agit principalement d'une conséquence de l'augmentation du seuil de la récompense, qui fait qu'une importance accrue est accordée aux stimuli ou signaux associés à la consommation. L'utilisateur les remarque davantage, alors qu'il n'y prêtait pas attention avant de commencer à consommer ladite substance. L'importance accrue donnée à ces signaux est considérée comme un aspect essentiel du *craving* et un moyen d'orienter le comportement pour obtenir la substance, au détriment d'autres signaux naturels.

Cette situation est semblable à ce qui se passe lorsque l'on a faim : la simple vue ou l'odeur des aliments attirent notre attention ; ces signaux prennent davantage d'importance et guident notre comportement afin que nous puissions satisfaire le besoin de nourriture. Lorsque nous avons mangé et que notre corps a absorbé les nutriments nécessaires, des signaux sont envoyés au cerveau pour l'en avertir ; les stimuli visuels ou olfactifs perdent l'importance qu'ils avaient prise lorsque nous avions faim, et ce jusqu'à l'apparition d'une nouvelle sensation de faim. Deux choses sont à noter ici : premièrement, nous apprenons par conditionnement quels sont les signaux associés à la faim qui parviennent à orienter notre comportement pour satisfaire le besoin de manger. Deuxièmement, les substances psychoactives semblent utiliser le même système d'apprentissage et de signaux pour orienter le consommateur vers le comportement qui lui permet d'obtenir ces substances, au détriment des récompenses naturelles comme la nourriture et l'eau.

L'amygdale interviendrait dans la transmission des informations relatives à divers aspects des signaux utilisés pour guider le comportement. Cette structure composée de plusieurs noyaux alimente le circuit de la récompense pour améliorer l'association entre les signaux reçus et le comportement adopté. Il est possible de démontrer qu'après des associations répétées signal-comportement, le signal provoque à lui seul

un comportement spécifique auquel il n'aurait pas donné lieu auparavant. En laboratoire, on a observé que les animaux continuent d'accomplir une tâche en présence de ces signaux même si la récompense, c'est-à-dire la substance psychoactive, est retirée. Cela vient conforter le point de vue selon lequel ces signaux ont un impact significatif sur le comportement.

Le mécanisme responsable de tout cela serait la sensibilisation. L'association répétée provoquerait un renforcement du circuit qui relie les informations relatives aux signaux et celles relatives à la récompense : l'apprentissage aberrant et la mémoire qui en résultent conditionneraient le comportement futur.

Plusieurs mécanismes moléculaires de l'apprentissage ont été proposés ; ils sont pour la plupart tirés de travaux sur une autre structure cérébrale intervenant dans l'apprentissage et la mémoire liée au contexte ou au domaine spatial, l'hippocampe. Celui-ci serait le siège de la mémoire épisodique, c'est-à-dire de la capacité à se remémorer des expériences personnelles avec leur contexte («quoi», «où» et «quand») (voir Dickerson et Eichenbaum 2010). L'information relative au lieu est encodée dans l'hippocampe et transmise au système de la récompense. On obtient ainsi une vision d'ensemble du mécanisme : la consommation d'une substance pourrait être associée à un contexte bien défini et à la présence des signaux (inputs de l'amygdale) qui ont accompagné le comportement récompensé. Tout comme les signaux évoqués précédemment, les lieux dans lesquels une substance a été consommée peuvent gagner en importance pour l'utilisateur et provoquer chez lui la même urgence à consommer cette substance s'il se retrouve dans le même contexte ou le même lieu. La mémoire des lieux ou des événements associés à la consommation d'une substance peut orienter le comportement ou la décision vers une poursuite de la consommation. Cela pourrait être le *setting* (contexte) du modèle établi en 1984 par Zinberg (voir également chapitre 2).

Pourquoi la consommation de substances psychoactives a-t-elle un tel impact sur le comportement futur ? Cela s'explique en partie par l'apprentissage apparemment aberrant et la mémoire qui seraient conservés après une telle consommation. Ces derniers contribueraient pour beaucoup à l'orientation des comportements futurs. Le mécanisme à l'origine des souvenirs dans l'hippocampe et d'autres parties du cerveau, telles que le circuit de la récompense, serait également lié à ce que l'on appelle la potentialisation à long terme (PLT). La PLT renforce les connexions neuronales et augmente leur capacité à contribuer à l'activité neuronale et donc à orienter le comportement.

1.2.4. Prise de décision

La capacité à faire le bon choix en fonction des circonstances est le moteur du comportement. L'information atteint le cortex frontal – site de la prise de décisions – à partir du circuit de la récompense via le thalamus, qui semble être la principale voie par laquelle les stimuli gagnent cette structure supérieure. Il est à noter que, de toutes les structures cérébrales, le cortex est celle qui a le plus évolué.

Les informations provenant des sites sous-corticaux tels que le striatum, l'amygdale et l'hippocampe peuvent également circuler directement vers le cortex, qu'elles peuvent activer en plus du circuit de la récompense. L'activation simultanée de toutes ces structures oriente la prise de décision par le cortex frontal vers les comportements qui, d'une manière ou d'une autre, produisent les meilleurs résultats dans un contexte donné. Le but de tout consommateur de substances étant de se sentir bien, tous les comportements qui permettent d'atteindre cet objectif sont prioritaires, sans égard à leurs éventuelles conséquences négatives.

Plusieurs études portant sur ce phénomène – demandant par exemple à des individus de choisir entre une petite récompense instantanée et une plus grande, différée – ont montré que la plupart des individus, quelle que soit la substance qu'ils consomment, choisissent la première récompense. Certaines études ont poussé cette expérience plus loin, afin de déterminer si une personne cherchera également à obtenir une récompense si celle-ci a des suites négatives, à savoir que la personne devra continuer à travailler pour obtenir ladite récompense. La consommation de substances psychoactives fausse le processus décisionnel du cortex frontal même si l'issue est en partie défavorable, du moment que le résultat final est atteint – en l'occurrence, obtenir la substance.

Il est intéressant de constater que les consommateurs de substances, lorsqu'ils prennent une décision, semblent se comporter de la même manière que des patients présentant une lésion du cortex frontal : ils font des choix qui leur apportent une récompense immédiate au risque de perdre leur réputation, leur emploi, leur logement et leur famille (Rogers *et al.* 1999). En outre, le comportement compulsif – qui, à nouveau, semble découler d'un dysfonctionnement du circuit du cortex frontal – est un facteur de risque majeur de consommation de substances psychoactives, et en particulier de dépendance à une substance (voir ci-dessous).

Un cadre conceptuel a été élaboré pour comprendre comment les informations qui atteignent le cortex via d'autres structures cérébrales

orientent le comportement et donc les choix. Ce cadre suggère que le circuit de la récompense convertit les stimuli sensoriels entrants en une sorte de «monnaie de la récompense», qui est à son tour transformée par le cortex à l'aide du système de la récompense en une présentation des différents stimuli sous forme de valeurs. Une correspondance serait ensuite établie entre ces valeurs et la probabilité des différents comportements possibles. Il est probable que les substances psychoactives faussent ce processus, de sorte que les stimuli liés à la consommation prennent davantage de valeur dans la «monnaie de la récompense» que d'autres stimuli plus naturels. Cette situation peut être comparée à celle des marchés monétaires, où c'est souvent une certaine idée de la force d'une devise qui conduit davantage de personnes à investir dans cette dernière plutôt que dans d'autres, dont la valeur est perçue comme étant moindre.

Une fois que la décision d'agir a été prise, les programmes moteurs du cerveau doivent être mis en marche pour exécuter les actions voulues. A nouveau, le cortex moteur communique avec une structure sous-corticale, appelée striatum dorsal, qui serait la principale zone influençant le cortex moteur dans le choix des actions appropriées. L'une des théories actuelles de la dépendance fait intervenir le striatum dorsal, principalement en raison de son rôle dans le maintien des habitudes, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Chez une personne dépendante, le traitement des informations dans cette structure serait faussé pour favoriser le choix des actions qui permettent d'obtenir la substance souhaitée (Everitt *et al.* 2008). Le striatum dorsal interviendrait également dans le comportement compulsif. Par conséquent, la première consommation serait provoquée par une prédisposition à l'impulsivité, celle-ci étant l'un des facteurs de risque, tandis que la poursuite de la consommation serait favorisée par la formation d'une habitude devenant compulsive (voir paragraphe 1.2.5 ci-dessous).

1.2.5. Dépendance

Tout d'abord, il convient de rappeler que – d'après les données épidémiologiques disponibles à ce jour – ceux qui essaient une substance psychoactive ne deviennent pas tous dépendants. L'on estime que, parmi ceux qui essaient une telle substance une seule fois, le risque de dépendance est de 1 sur 10 pour la marijuana et 1 sur 3 pour le tabac, les autres substances se trouvant entre les deux. La tendance à devenir dépendant ne devrait donc pas être la seule mesure de l'impact de ces substances sur la santé, comme nous l'avons vu précédemment. Il n'en reste pas moins que la dépendance est un problème bien réel, qui doit être résolu.

D'après les connaissances dont nous disposons actuellement, un mécanisme moléculaire serait responsable du passage d'une consommation occasionnelle à une consommation compulsive et incontrôlée, avec les conséquences que l'on connaît. C'est une protéine, appelée Delta Fos B, qui pourrait être à l'origine de ce changement. En effet, on a constaté que la production de cette protéine augmente après la prise d'une drogue, quelle qu'elle soit. Fait plus important encore, elle est stimulée par une consommation chronique : il n'y a ni adaptation ni accoutumance de la réponse ; partant, il se peut que ce soit cette molécule qui favorise une sensibilisation durable de la fonction dopaminergique du striatum, qui serait responsable du *craving*. Cette protéine est synthétisée par l'activation d'un gène précoce immédiat, le gène *c-fos*, à la suite de la stimulation par la drogue. La protéine Delta Fos B, produit de ce gène, activerait ou désactiverait les gènes conventionnels qui seraient responsables des effets à long terme de la consommation chronique de drogues (Nestler 2008).

Un usage répété entraîne une tolérance aux effets positifs ou agréables de ces substances. Pour surmonter les effets de cette tolérance, le consommateur, toujours à la recherche de l'effet initial, continue à prendre la substance. L'usage répété s'accompagne d'une hausse du seuil de la récompense, tandis qu'à l'arrêt de la consommation l'individu passe de l'euphorie à la dysphorie, par suite de cette tolérance ou de la régulation négative (*down-regulation*) des récepteurs dopaminergiques au sein du circuit de la récompense. Des stimuli plus forts sont alors nécessaires pour activer le système de la récompense. Pour pallier cela, le consommateur cherche à obtenir et à prendre davantage de drogue, déclenchant ainsi une succession d'événements qui aboutissent à un usage compulsif (Koob et Le Moal 2008).

Parmi les conséquences d'un usage répété figurent la dépendance et le renforcement des circuits cérébraux intervenant dans la formation des habitudes. La consommation compulsive de drogue, comme la dépendance, résulte d'une série d'étapes ou de conditions qui modifient le circuit dit striatal pour aboutir au comportement aberrant observé lors d'études cliniques. C'est le striatum ventral, et plus particulièrement la région centrale du noyau accumbens responsable du traitement de l'information relative à la motivation et à la récompense, qui détermine la première prise de drogue. En cas d'usage répété de drogue sur une longue période, la transition vers ou le maintien de la dépendance se produit lorsque le striatum dorsal prend le relais. Comme nous l'avons vu précédemment, ce dernier intervient principalement dans le choix des actions.

L'impulsivité augmente le risque de dépendance et de rechute. Les résultats d'une étude sur des sujets sélectionnés pour ce trait de caractère montrent que ces derniers apprennent à s'auto-administrer de la cocaïne comme le groupe témoin, mais qu'ils augmentent progressivement leur consommation de drogue, ce qui n'est pas le cas de l'autre groupe. Il a également été démontré qu'il existe chez ces sujets une disponibilité réduite du récepteur D2 dans le striatum ventral, comme chez les humains dépendants (Volkow *et al.* 2004), même en cas d'abstinence (Volkow et Wise 2005). L'impulsivité peut donc prédisposer un individu à prendre de la drogue, puis faciliter le passage d'un usage occasionnel à la dépendance, et enfin augmenter la probabilité de rechute chez un toxicomane abstinent.

Les données scientifiques actuelles indiquent que la dépendance ne s'installe que chez les individus qui consomment ces substances de manière répétée. Il se pourrait qu'il y ait à un certain moment un basculement d'un « interrupteur moléculaire » qui provoque une baisse de la sensibilité aux récompenses et un renforcement du *craving*, le comportement associé passant d'impulsif à compulsif.

1.2.6. Troubles psychiatriques

Certains auteurs suggèrent que les troubles du contrôle des impulsions s'apparenteraient à des addictions ; d'autres vont même jusqu'à affirmer qu'ils peuvent être considérés comme tels (Brewer et Potenza 2008). Ces troubles s'inscriraient dans un continuum entre impulsivité et compulsivité. Ils englobent le jeu pathologique et la kleptomanie, et sont en général répétitifs et générateurs de plaisir. L'impulsivité pourrait être un élément clé dans certains troubles psychiatriques, et en particulier les troubles du contrôle des impulsions et la dépendance. Elle se caractérise notamment par une absence de préméditation et une recherche de sensations, mais son principal point commun avec la dépendance est « une prédisposition à des réactions rapides et spontanées (...) sans égard aux conséquences négatives » (définition donnée par Moeller *et al.* (2001)).

D'un point de vue génétique, il est troublant de constater qu'elle représente jusqu'à 60 % de la variance du risque de dépendance dans des études de familles et de jumeaux (Kreek *et al.* 2005). En ce qui concerne les facteurs spécifiques, il est apparu dans des études chez l'homme et l'animal qu'une réduction de la disponibilité des récepteurs dopaminergiques D2 pourrait être à la base du mécanisme responsable de l'impulsivité et du développement de la dépendance.

La dépendance à une substance est également associée à des troubles affectifs, à l'anxiété, au déficit de l'attention et aux troubles de la personnalité. La probabilité d'une dépendance est plus élevée chez ces personnes que dans le reste de la population. De même, les dépressions majeures, l'anxiété et les troubles de la personnalité sont plus fréquents chez les personnes dépendantes à une substance que dans la population dans son ensemble (Couwenbergh *et al.* 2006; Ross *et al.* 1988; Merikangas *et al.* 1998).

Les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué une dépendance à une substance présentent un risque plus élevé que le reste de la population de voir apparaître un trouble addictif connexe à un moment donné de leur vie. Leurs parents au premier degré ont également un risque plus élevé que la population générale de présenter un trouble addictif, et notamment une dépendance à une substance.

Du trouble psychiatrique ou de la dépendance à la substance, lequel apparaît en premier ? Il a été démontré que le trouble précède la dépendance, généralement de cinq à dix ans (Couwenbergh *et al.* 2006; Shaffer et Eber 2002). Il y aurait également des associations prédictives importantes entre les troubles mentaux primaires, la première consommation de drogue et l'apparition d'une dépendance chez les toxicomanes. Il semblerait que l'anxiété, et dans une moindre mesure, la dépression, précèdent et augmentent le risque de consommation. L'on peut en déduire que la dépendance à une substance ne résulte pas tant du mode de vie attribuable au syndrome que de dysfonctionnements neurobiologiques sous-jacents.

1.2.7. Prédisposition génétique

On sait maintenant que nos gènes jouent un rôle dans la dépendance ou la prédisposition à la dépendance. Cela ne signifie pas que le contexte social n'intervient pas dans le développement de ce trouble, mais la transmissibilité par voie héréditaire serait de l'ordre de 50 %, toutes substances confondues. Elle peut être plus élevée pour certaines substances : dans le cas de l'héroïne, elle serait de 70 % environ.

Des études récentes dans ce domaine montrent que la dépendance serait hétérogène d'un point de vue génétique et polygénique. Un certain nombre de gènes agissant de manière indépendante peuvent, ensemble, être à l'origine d'une vulnérabilité à la dépendance. Le principal facteur intervenant dans la propension à devenir dépendant serait toutefois la « polygénicité ». Ce terme désigne l'action simultanée de plusieurs gènes pour produire la vulnérabilité, aucun gène n'étant responsable à lui seul. Compte tenu de ce qui précède, il a été suggéré

qu'il pourrait être plus intéressant d'examiner l'influence des gènes sur une caractéristique ou un trait particulier ayant un substrat biologique et d'essayer d'isoler les gènes responsables (voir ci-dessous). Ce travail s'est avéré difficile, hormis dans le cas d'un sous-typage particulier de la dépendance à l'alcool, qui a permis d'obtenir un regroupement plus homogène et de réduire le nombre total de caractéristiques pouvant être attribuées à ce trouble (Wong et Schumann 2008).

1.2.8. Caractéristiques psychologiques

De manière générale, on peut distinguer cinq traits de personnalité. L'un d'entre eux est l'extraversion, qui inclut le trait plus spécifique de l'impulsivité, lequel semble augmenter le risque de devenir dépendant à une substance. Certains traits de la catégorie de l'extraversion – impulsivité, quête de sensations, goût du risque, manque de résistance au stress et non-conformisme – sont habituellement antérieurs à l'usage de substances psychoactives. Plutôt stables au cours de l'existence, ils seraient transmissibles par voie héréditaire ; de manière générale, les gènes et l'environnement contribueraient à parts égales à leur apparition. Il semblerait également que l'impulsivité non pathologique (contrairement à ce qui est le cas dans les maladies psychiatriques) soit un facteur de risque de première consommation d'une substance.

L'impulsivité peut être divisée en un certain nombre de sous-catégories, telles que l'urgence, le manque de persévérance, l'absence de préméditation et la recherche de sensations (Lynam *et al.* 2006). Il s'est avéré que cette dimension d'urgence – en l'occurrence, une urgence négative, la tendance à céder à de fortes impulsions en particulier lorsqu'elles s'accompagnent d'émotions négatives, que ce soit la colère, l'anxiété ou la dépression – était le principal facteur dans un groupe de personnes dépendantes. La recherche de sensations – c'est-à-dire le besoin de nouveauté ou la recherche d'activités qui provoquent des sensations fortes (telles que le parachutisme) – est également liée au début de la consommation. Une corrélation entre la recherche de sensations et l'augmentation de la fréquence de la consommation d'alcool et des quantités consommées a été mise en évidence dans des études sur des alcooliques menées au moyen de systèmes permettant de mesurer ce trait. Il a également été montré en laboratoire que le fait d'exposer les jeunes à l'alcool ou à la cocaïne renforce la recherche de nouveauté ; cette dernière pourrait donc être à l'origine de la poursuite de la consommation chez les individus.

L'impulsivité, comme d'autres traits de personnalité, serait également influencée par des facteurs biologiques et environnementaux. Il se

pourrait que ce soit l'absence d'impact des stimuli normaux – pouvant être due à une régulation négative des récepteurs dopaminergiques au sein du circuit de la récompense – qui conduise les individus de nature impulsive à rechercher des stimuli plus intenses, permettant à leur système de la récompense de fonctionner normalement. Certaines altérations du circuit du cortex frontal pourraient également être à l'origine de l'impulsivité, car on a observé, dans des tests de choix entre une petite récompense immédiate et une récompense plus importante mais différée, que les personnes qui présentent des lésions de cette zone choisissent toujours la première.

1.2.9. Déterminants sociologiques

Les cinq grands traits de personnalité se composent de traits secondaires, et incluent tous un élément touchant à l'interaction avec notre environnement, et en particulier avec autrui. Cette notion d'interaction, ou plus particulièrement la capacité à coopérer avec d'autres, est l'un des fondements de la nature humaine. L'interaction entre l'environnement et l'individu constitue la base de la construction d'unités familiales (quelle qu'en soit la définition) et de communautés, ainsi que de la société dans son ensemble. L'environnement ou la culture peuvent avoir des répercussions sur les sociétés et leurs membres.

Un tel comportement, dirait le scientifique, nécessite une «théorie de l'esprit», c'est-à-dire la capacité d'interpréter les pensées ou les états mentaux des autres, car ce sont ces états mentaux qui déterminent le comportement. La forme et le type d'état mental sont variables, du «durable» – par exemple, le sérieux par opposition à la désinvolture – au «court terme» – par exemple, la colère par opposition à la joie. Entrent également en jeu les désirs, qui peuvent prendre diverses formes et sont généralement orientés vers un but, et les croyances, qui gouvernent notre comportement, même si elles peuvent être fausses. Ces «états mentaux», les nôtres comme ceux d'autrui, ne sont pas à proprement parler des phénomènes physiques, bien qu'ils dépendent fortement des fonctionnements neuronaux du cerveau.

Les structures cérébrales qui jouent un rôle dans la théorie de l'esprit sont le cortex frontal, le système limbique (intervenant dans le traitement de la récompense) et le sillon temporal supérieur. Le système limbique donne des informations sur le contenu émotionnel, nous permettant de lire les émotions des autres et nous aidant, par exemple, à compatir avec une défaite ou à partager la victoire d'une équipe de football à la Coupe du monde. Sans cette aptitude à comprendre les émotions des autres – aptitude que le domaine de l'intelligence

artificielle n'est pas encore parvenu à reproduire pour l'instant –, nous serions perdus, car incapables de reconnaître ces signaux.

Le mécanisme à l'origine de la théorie de l'esprit dans les circuits cérébraux serait basé sur des neurones « miroirs » activés par notre propre capacité à exprimer des émotions ; fait important, ces neurones sont également activés lorsque d'autres personnes expriment leurs émotions. Ce mécanisme nous permettrait de vivre l'émotion qui est exprimée par l'autre, même si nous ignorons, à ce moment-là, sur quoi reposent ses sentiments. Le système « miroir » serait donc le mieux placé pour suivre les changements d'état mental (états émotionnels et intentions d'autrui, par exemple) susceptibles d'entraîner des modifications de comportement.

Cette capacité à attribuer des états mentaux aux autres et à soi-même étant considérée comme un aspect important du comportement, il n'est pas surprenant d'apprendre que des défaillances du circuit cérébral correspondant engendrent des problèmes de communication avec les autres. Tout au bout de l'échelle, l'autisme est un trouble dans lequel la théorie de l'esprit ne fonctionne pas : le système des neurones miroirs serait en partie responsable de l'apparition des symptômes de cette maladie. Tandis que l'autisme est le résultat de problèmes de développement, d'autres troubles d'apparition plus tardive, tels que la schizophrénie, provoqueraient des difficultés à appliquer la théorie de l'esprit pour établir des relations cohérentes avec les autres et le monde. L'utilisation prolongée de substances psychoactives pourrait provoquer des symptômes comparables à ceux de la schizophrénie, comme on le constate parfois dans le cas des amphétamines et de la cocaïne, voire une perte de la capacité à se représenter son propre état mental, et parfois celui des autres. Cette perte proviendrait d'un dysfonctionnement des voies inhibitrices entre le cortex et les structures sous-corticales formant le circuit limbique, circuit responsable du traitement de l'information liée aux émotions.

Les traits de personnalité peuvent être un facteur de risque de première prise d'une substance psychoactive, parallèlement au phénomène bien connu de pression du groupe. Parmi ces traits figure l'anticipation comportementale (*expectancy*), une construction mentale qui englobe la conviction que les avantages de la consommation sont supérieurs aux risques, et finalement que l'on maîtrise sa consommation. De manière générale, les déterminants sociologiques sont donc très influencés par le système cérébral qui effectue les choix, mais en fait, la décision de commencer à consommer une substance dépend du fonctionnement de l'esprit individuel, tout comme le passage vers la dépendance (chez un certain nombre de personnes).

1.3. Discussion

Cette synthèse de l'impact des substances psychoactives sur le cerveau et le comportement entend montrer que les données scientifiques ont considérablement progressé. Cela devrait nous aider à mieux comprendre pourquoi certains individus commencent à consommer ces substances, et pourquoi certains deviennent dépendants, avec les problèmes que cela engendre.

Nous en sommes arrivés à la conclusion fondamentale que ces substances ont un impact majeur sur le circuit de la récompense, de sorte que les états mentaux ou sensations d'euphorie qu'elles génèrent continuent d'inciter un nombre important d'individus à faire l'expérience de ces substances. Il convient également de noter que la majorité des utilisateurs semblent appartenir aux classes d'âge les plus jeunes, commençant dès 16 ans, ce qui est un problème en soi car le cortex frontal – la partie du cerveau principalement responsable de la prise de décisions – n'arrive à pleine maturité qu'à l'âge de 20 ans.

Il est entendu que nos états mentaux – parmi lesquels nos croyances – déterminent nos actions ou nos comportements. Les croyances se forment dans nos esprits, suivant le principe selon lequel la connaissance passe par l'expérience. Il s'ensuit qu'un individu peut se créer une fausse croyance et emprunter le chemin de la consommation de substances psychoactives pour atteindre un état mental de courte durée tel que la joie. Il est possible que la personnalité ou les traits psychologiques de certains les prédisposent plus que d'autres à essayer ces substances. Cette hypothèse tend à être confirmée par des observations selon lesquelles nos gènes donnent naissance à nos traits psychologiques, quels qu'ils soient. Précisons toutefois que tout n'est pas tranché ; les cinq grands facteurs psychologiques sont des catégories larges et ne permettent donc pas de prédire ou d'expliquer le comportement aussi bien que les sous-types ou traits secondaires.

De tous les traits, l'impulsivité – qui entre dans la catégorie plus vaste de l'extraversion – semble être le principal facteur de risque de première consommation d'une substance, puis de dépendance. Les neurosciences commencent à jeter une lumière nouvelle sur les mécanismes cérébraux à l'origine de ces comportements : en témoigne le fait que l'impulsivité peut en partie être considérée comme découlant d'une régulation négative du circuit de la récompense dans le système limbique liée à l'absence ou à l'insensibilité des récepteurs D2. A nouveau, ce problème doit être vu dans son contexte global : en d'autres termes, la correction de ces comportements appelle d'autres réponses que les traitements médicamenteux seuls. Les résultats

récents d'études cognitives portant sur l'altération de la mémoire laissent entrevoir de meilleurs résultats, grâce aux médicaments et à la thérapie cognitive.

Pour finir, la discipline toute récente des neurosciences cognitives sociales, qui regroupe des domaines aussi divers que la sociologie, les neurosciences et la psychologie cognitive, a été décrite par Ochsner et Lieberman comme une tentative de :

« comprendre les phénomènes en termes d'interactions entre trois niveaux d'analyse : le niveau social, relatif aux facteurs motivationnels et sociaux qui influencent le comportement et l'expérience ; le niveau cognitif, relatif aux mécanismes de traitement des informations qui donnent lieu aux phénomènes d'ordre social, et le niveau neuronal, auquel on étudie les mécanismes cérébraux entrant en jeu dans les processus cognitifs ».

1.4. Conclusion

Il ressort clairement de cette première tentative de comprendre en termes descriptifs ce qui a conduit à l'élaboration de politiques sur l'alcool, le tabac et les autres drogues que c'est l'épidémiologie qui a été la première considération, et non les neurosciences cognitives sociales. Ce déséquilibre semble maintenant devoir être corrigé, quelle que soit la politique choisie (intégrée ou non).

La principale question posée aux paragraphes 1.0 et 1.1 était celle de la santé et du bien-être. Nous avons vu que la plupart des institutions visent à élaborer des politiques qui veillent à la santé et au bien-être de leurs citoyens. En outre, le domaine social a été évoqué, en tant que troisième pilier à prendre en compte dans la politique des pouvoirs publics. Ces politiques publiques ont toute leur importance ici car elles fournissent un cadre général dans lequel des questions telles que la consommation d'alcool, de tabac et de drogues peuvent être traitées. Les résultats de la première étude ont mis en évidence le fait que la santé était une considération majeure dans le choix du type de politique à adopter en matière d'usage de substances psychoactives. Il va sans dire que les indicateurs relatifs à la santé, au bien-être et à la charge de morbidité globale – par exemple, mesure de l'espérance de vie perdue en raison d'une mauvaise santé ou de décès prématurés – constituent une avancée considérable dans l'évaluation de la mise en œuvre des politiques. Cela dit, les découvertes les plus récentes dans le domaine des neurosciences cognitives sociales, qui nous donnent

des informations sur ce qui détermine notre santé et notre bien-être, que ce soit en l'absence ou en présence de substances psychoactives, devraient également être prises en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques.

Les responsables politiques qui cherchent à assurer la santé et le bien-être de leurs citoyens pourront également se pencher sur les éléments qui constituent un «mode de vie sain» et les faire connaître à la population, et en particulier à ceux qui présentent le plus de risques d'adopter des pratiques malsaines ou susceptibles de compromettre leur santé et leur bien-être futurs. La prévention secondaire peut servir à cela, par le biais de campagnes orientées vers les jeunes qui présentent certaines caractéristiques psychologiques, par exemple ceux qui sont à la recherche de sensations fortes. En effet, il est généralement admis que la prévention de la consommation à un âge précoce réduit les problèmes de consommation par la suite.

Enfin, les politiques axées sur la santé et le bien-être doivent tenir compte des découvertes scientifiques les plus récentes lorsqu'elles s'adressent aux personnes devenues dépendantes à la suite d'un usage répété. Les politiques de réduction des risques ont été mises en place en réponse à de nouveaux problèmes sanitaires, et notamment ceux liés à la propagation du VIH. De manière générale, jusqu'à présent, les politiques nationales n'ont été adoptées qu'après que l'efficacité des mesures sur le terrain a été constatée. A l'avenir, cette tendance devra s'inverser : autrement dit, les responsables politiques devront prendre connaissance bien plus tôt des données scientifiques du moment. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir la vitesse à laquelle progressent les traitements dans ce domaine : au moment où nous écrivons, un vaccin anti-cocaïne sera disponible dans l'année, suivi peu après d'un vaccin anti-nicotine.

La question du choix entre une politique pour chaque substance ou une politique intégrée pour toutes semble à présent nécessiter un examen complémentaire, sous l'angle des découvertes scientifiques récentes et des pratiques en vigueur. La deuxième partie de cet ouvrage entend faire le bilan de la situation actuelle par une analyse des pratiques en vigueur et de leurs fondements.

1.5. Références

Brewer J.A. et Potenza M.N. (2008), «The neurobiology and genetics of impulse control disorders : relationship to drug addictions», *Biochemical Pharmacology*, 2, p. 244-268.

Commission européenne (2009a), *Charter establishing the European Alcohol and Health Forum*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_charter_en.htm (juin 2009).

Commission européenne (2009b), *Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union* (septembre 2009), ISBN : 13 978-92-79-13383-1.

Couwenbergh C., van den Brink W., Zwart K., Vreugdenhil C., van Wijngaarden-Cremers P. et van der Gaag R.J. (2006), «Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders», *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, p. 319-328.

Dickerson B.C. et Eichenbaum H. (2010), «The episodic memory system : neurocircuitry and disorders», *Neuropsychopharmacology*, 35, p. 86-104.

Everitt B.J., Belin D., Economidou D., Pelloux Y., Dalley J.W. et Robbins T.W. (2008), «Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug seeking habits and addiction», *Philosophical Transactions of the Royal Society*, B, 363, p. 3125-3135.

Feldman R.S., Meyer J.S. et Quenzer L.F. (1997), *Principles of Neuropsychopharmacology*, Sinauer Associates Inc., ISBN : 0-87893-175-9.

Johnston H. (2009), *Well-being matters: a social report for Ireland*, Report No. 119, Vol. 1, Dublin National Economic and Social Council.

Koob G.F. et Le Moal M. (2008), «Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction», *Philosophical Transactions of the Royal Society*, B, 363, p. 3113-3123.

Koob G.F. et Volkow N.D. (2010), «Neurocircuitry of addiction», *Neuropsychopharmacology*, 35, p. 217-238.

Kreek M.J., Nielsen D.A., Butelman E.R. et LaForge K.S. (2005), «Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction», *Nature Neuroscience*, 8, p. 1450-1457.

Lee W., Jiang Z., Liu J., Haverty P.M., Guan Y., Stinson J., Yue P., Zhang Y., Pant K.P., Bhatt D., Ha C., Johnson S., Kennemer M.I., Mohan S., Nazarenko I., Watanabe C., Sparks A.B., Shames D.S., Gentleman R., de Sauvage F.J., Stern H., Pandita A., Ballinger D.G., Drmanac R., Modrusan Z., Seshagiri S. et Zhang Z. (2010), «The mutation spectrum revealed by paired genome sequences from a lung cancer patient», *Nature* (mai 2010), 465, p. 473-477.

Lynam D.R., Smith G.T., Whiteside S.P. et Cydres M.A. (2006), «The UPPS-P: Assessing the five personality pathways to impulse behavior» [rapport technique], West Lafayette, Indiana, Purdue University.

Merikangas K.R., Mehta R.L., Molnar B.E., Walters E.E., Swendsen J.D. et Aguilar-Gaziola S. (1998), «Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology», *Addictive Behaviour*, 23, p. 893-907.

Meyer J.S. et Quenzer L.F. (2005), *Psychopharmacology: drugs, the brain and behavior*, Sinauer Associates Inc., ISBN: 0-87893-534-7.

Moeller P.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M. et Swann A.C. (2001), «Psychiatric aspects of impulsivity», *American Journal of Psychiatry*, 158, p. 1783-1793.

Muscat R. (2008), *D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, ISBN: 978-92-871-6480-3.

Nestler E.J. (2008), «Transcriptional mechanisms of addiction: role of delta Fos B», *Philosophical Transactions of the Royal Society*, B, 363, p. 3245-3255

Ochsner K.N. et Lieberman M.D. (2001), «The emergence of social cognitive neuroscience», *American Psychologist*, 56, p. 717-734.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003), *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10^e révision [CIM-10].

OMS (2004), *Global burden of disease: 2004 update*, ISBN: 978 92 4 156371 0.

OMS (2010), «Réduire l'usage nocif de l'alcool permet d'améliorer la santé et la situation des communautés», www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/alcohol_20100521/fr/print.html [communiqué de presse du 21 mai].

Rogers R.D., Everitt B.J., Baldacchino A., Blackshaw A.J., Swainson R., Wynne K., Baker N.B., Hunter J., Carthy T., Booker E., London M., Deakin J.F., Sahakian B.J. et Robbins T.W. (1999), «Dissociable deficits in the decision-making cognition of chronic amphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan-depleted normal volunteers: evidence for monoaminergic mechanisms», *Neuropsychopharmacology*, 20, p. 322-339.

Ross H.E., Glaser F.B. et Germanson T. (1988), «The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug related problems», *Archives of General Psychiatry*, 47, p. 1023-1031.

Shaffer H.J. et Ebber G.B. (2002), «Temporal progression of cocaine dependence symptoms in the US National Comorbidity Survey», *Addiction*, 97, p. 543-554.

Volkow N.D., Fowler J.S. et Wang G.J. (2004), «The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies», *Neuropharmacology*, 27, p. 3-13.

Volkow N.D. et Wise R.A. (2005), «How can drug addiction help us understand obesity?», *Nature Neuroscience*, 8, p. 555-560.

Wilkinson R. et Pickett K. (2009), *The spirit level: why more equal societies almost always do better*, Londres, Allen Lane.

Wong C.C.Y. et Schumann G. (2008), «Genetics of addictions : strategies for addressing heterogeneity and polygenicity of substance use disorders», *Philosophical Transactions of the Royal Society*, B, p. 3213-3222.

Zinberg N.E. (1984), *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven CT, Yale University Press, 1986.

2. Etude empirique des politiques intégrées en matière de drogues

2.1. Introduction

Le terme «intégration» ou «intégré» peut s'appliquer à un ensemble de domaines, dans lesquels des éléments qui étaient séparés sont regroupés pour ne faire plus qu'un². Lorsqu'il caractérise une politique en matière de drogues, il est souvent employé dans des sens différents. Ainsi, la *Stratégie antidrogue de l'Union européenne (2005-2012)* (UE 2004, p. 2) vise à «offrir un niveau élevé de sécurité à la population et à aborder le problème de la drogue par une approche équilibrée et intégrée». Les termes «équilibré» et «intégré» ont été employés ici conformément à la déclaration adoptée à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies de 1998 consacrée au problème mondial des drogues, qui a souligné «l'importance d'une approche intégrée et équilibrée, dans laquelle la réduction de l'offre et la réduction de la demande constituent des facteurs qui, dans la politique en matière de drogue, se renforcent mutuellement» (UE 2004, p. 2). Dans la stratégie antidrogue de l'Union européenne, «intégré» désigne donc une politique en matière de drogues axée sur la réduction de l'offre et de la demande.

Dans ce document de l'Union européenne, le terme «intégré» ne renvoie pas à une vision globale de la dépendance ou de la consommation problématique de substances, incluant les substances licites et illicites ainsi que les comportements compulsifs non liés aux substances (jeu). La stratégie antidrogue de l'Union européenne est consacrée entièrement aux substances illicites.

La *Stratégie de l'Union européenne pour aider les Etats membres à réduire les dommages liés à l'alcool* (Commission européenne 2006) ne traite que de l'alcool; le tabac et les substances psychoactives illicites n'y sont pas mentionnés. Ce document porte sur les problèmes sanitaires,

2. Wikipédia (en anglais) cite diverses formes d'intégration; voir <http://en.wikipedia.org/wiki/Integration> (page consultée le 25 février 2010).

sociaux et économiques liés à une consommation nocive d'alcool et encourage les Etats membres à coordonner les actions nationales sur cinq thèmes liés à l'alcool³. Ces thèmes « appellent des actions associant diverses parties prenantes et portant sur plusieurs secteurs » (p. 7). Cette phrase fait allusion à l'intégration de la coordination des actions locales et nationales.

L'un des principes fondamentaux du livre blanc de l'Union européenne *Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* (Commission européenne 2007) est que les politiques de santé doivent être intégrées à toutes les autres politiques: c'est l'approche HIAP (*Health in All Policies* – la santé dans toutes les politiques). L'intégration est à la fois horizontale et verticale: l'intégration horizontale désigne l'intégration des domaines d'action (économie, environnement), tandis que l'intégration des niveaux politiques (Union européenne, national, régional) peut être considérée comme une intégration verticale. Dans la présente étude, nous n'avons fait aucune distinction entre coordination horizontale et coordination verticale.

Dans un rapport de la plateforme Recherche du Groupe Pompidou, Muscat (2008) définit la politique intégrée comme étant une politique portant sur toutes les substances psychoactives, par opposition à une politique unique pour chaque substance. Parmi les pays étudiés dans ce document, la Suisse, la France et la Norvège sont ceux qui ont opté pour une politique sur toutes les substances, tandis que le Royaume-Uni et les Pays-Bas disposent d'une politique pour chaque substance. Lors de l'examen de ce document, les membres de la plateforme Recherche ont constaté un manque de considérations théoriques s'agissant de la politique intégrée (d'autres points de vue sur cette politique pourraient être intéressants aussi) et se sont demandé si une telle « politique intégrée » tenait compte de l'interaction entre les différentes mesures prises – par exemple, les questions de sécurité publique découlant de l'interdiction de fumer dans les bars et les restaurants, ou l'interdiction du précurseur PMK utilisé pour la production de MDMA, pouvant favoriser l'introduction d'autres substances comme la méphédrone. On peut également se poser la question de savoir si une politique intégrée (indépendamment des aspects qui sont intégrés) s'avère plus efficace que des politiques portant sur une seule substance pour

3. Ces cinq thèmes sont: 1. Protéger les jeunes, les enfants et les enfants à naître; 2. Réduire le nombre de blessés et de morts dus à l'alcool sur les routes; 3. Prévenir les dommages liés à l'alcool chez les adultes et réduire les répercussions négatives sur le lieu de travail; 4. Mener une action d'information, d'éducation et de sensibilisation concernant les conséquences d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool et les habitudes de consommation acceptables; 5. Créer, étoffer et tenir à jour un ensemble de données commun.

atteindre l'objectif fondamental de toutes les politiques européennes en matière de drogues, à savoir protéger la société et améliorer la santé (Muscat 2008)⁴. Ces «nouvelles» questions sont examinées plus loin dans le présent chapitre.

Il est évident que, selon leur statut juridique, les substances psychoactives ont des conséquences différentes pour l'individu et la société, mais le présent ouvrage ne traitera pas des questions d'ordre juridique. Nous examinerons ici les politiques intégrées sous l'angle de la santé publique, conformément à la vision de l'OMS selon laquelle la santé publique est «un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres formes d'interventions afférentes à la santé»⁵. On peut observer qu'indépendamment du statut de la substance, les gouvernements mettent en œuvre des politiques qui traitent des questions sanitaires et sociales liées à la consommation de substances. Cependant, dans le cas d'une substance illicite, cela passe par la participation accrue d'organes tels que le ministère de la Justice.

Il importe ici de faire une distinction claire entre l'«idéologie politique» (*politics*) et la politique menée (*policy*). La première désigne les idées auxquelles croit un gouvernement, tandis que la seconde renvoie à l'action du gouvernement en faveur de ces idées. Cette distinction nous aide à mieux comprendre les deux dimensions fondamentales de l'expression «politique intégrée» (*integrated policy*). L'intégration des substances dans un document d'orientation unique a trait à la dimension politique (*politics*), alors que l'intégration de la coordination a trait à la dimension stratégique (*policy*).

Dans le langage de tous les jours, lorsque nous parlons de «politique» en matière de drogues et d'alcool, le terme «politique» englobe les deux dimensions : dans ce cas, la «politique» en vigueur correspond à l'idéologie politique du pays. Cependant, aux fins d'analyse de la politique en vigueur, il est utile de faire la distinction entre «idéologie politique» et «politique menée».

4. Il est intéressant de constater que le plan d'action antidrogue de l'Union européenne (mentionné ci-dessus) place la sécurité et la santé sur un pied d'égalité, en tant qu'aspects importants des politiques en matière de drogues illicites. Il semblerait donc qu'au niveau de l'Union européenne, les questions de santé ne soient pas les seules qui se posent en rapport avec les drogues illicites.

5. OMS 1998a, à l'adresse www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=public+health (page consultée le 11 mai 2010).

2.2. Questions de recherche

Cet ouvrage s'inscrit dans la seconde phase d'une étude pilote sur les politiques intégrées. La première phase est de nature théorique⁶ et vise notamment à définir la notion de « politiques intégrées » en s'aidant des publications, de la théorie et des définitions utilisées dans différents pays (sans se limiter à certains pays en particulier). La seconde phase, de nature empirique, s'intéresse à la signification de « politique intégrée » dans sept pays et à la manière dont cette politique y est organisée⁷.

1. Que signifie « politique intégrée » dans différents pays (données empiriques/idéologie, sur la base de définitions) ?
2. Comment cette « politique intégrée » y est-elle organisée (mise en œuvre) ?

Les sept pays qui ont participé à cette étude pilote ont été choisis sur des critères de diversité (politiques intégrées/non intégrées) et pour leur disponibilité à y prendre part.

2.3. Méthodes

Les représentants, au sein du Groupe Pompidou, des sept pays participant à cette étude pilote ont désigné des experts nationaux dans le domaine des politiques relatives aux drogues. Un bref questionnaire ouvert comportant les questions de recherche pertinentes a été envoyé à ces derniers. Le questionnaire ainsi complété a servi de base à un entretien téléphonique avec chaque expert. Une liste de points à clarifier a été rédigée, ainsi que des informations de base pour chacun des sept pays.

Tous ont rempli le questionnaire. Dans certains pays (Irlande, Portugal, Pays-Bas), deux experts ont répondu ; en Norvège, en Suisse et au Portugal, le questionnaire a été complété conjointement par deux experts. Un entretien téléphonique a eu lieu avec au moins un expert de chaque pays, ce qui a permis de recueillir des informations complé-

6. Réflexion : La question de recherche 2 de la phase 1 (Que signifie « politique intégrée » dans différents pays ? définitions tirées de publications) est en fait une question empirique, et non théorique, car il s'agit d'une demande d'informations sur les définitions existantes.

7. Allemagne, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Suisse et Royaume-Uni.

mentaires et de développer certaines réponses. L'expert britannique a également formulé des observations et fourni une réponse écrite.

Les conclusions générales se basent sur les informations provenant des questionnaires complétés et des entretiens téléphoniques, mais également sur les résumés par pays figurant dans la publication du Conseil de l'Europe (Muscat, 2008) et sur les informations trouvées sur les sites web et dans les documents d'orientation nationaux des sept pays.

2.4. Résultats

Les informations obtenues à partir des questionnaires et des entretiens téléphoniques ont mis en évidence plusieurs formes d'intégration dans les pays participants :

- intégration des substances et du comportement dans une même structure (Norvège, Allemagne) ;
- intégration des institutions coordinatrices (Portugal, Pays-Bas et Suisse ; Irlande, en cours) ;
- l'intégration en tant qu'approche globale axée sur les besoins, par opposition à une approche unique, imposée par les autorités (Portugal).

Les pays dont on sait qu'ils ont des politiques non intégrées (Pays-Bas et Royaume-Uni) disposent de fait d'un document d'orientation pour chaque substance (alcool, tabac et autres substances). Aux Pays-Bas, la coordination de ces différentes politiques est assurée par le ministère de la Santé. Au Royaume-Uni, c'est le ministère de l'Intérieur qui est chargé de la coordination de la politique relative aux drogues illicites. Le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur se partagent la responsabilité de la politique en matière d'alcool. Enfin, la politique relative au tabac est coordonnée par le ministère de la Santé. En Angleterre, un groupe interministériel sur l'abus de substances fixe les priorités de la lutte contre les méfaits de l'alcool et des drogues.

Le tableau 1 est une synthèse des politiques en vigueur dans les sept pays, politiques qui seront étudiées plus en détail ci-après.

Tableau 1 : Coordination des politiques et justification de l'intégration ou de la non-intégration des politiques relatives aux différentes substances

Allemagne	La politique relative à l'alcool a été intégrée à la politique relative aux drogues afin d'avoir une meilleure prise sur les problèmes liés à l'alcool, pour lesquels la politique n'était pas suffisamment développée du fait de l'accent mis sur les drogues illicites (négligence politique).
Irlande	<i>Idem</i> qu'en Allemagne : l'alcool a besoin d'une structure solide comme celle en place pour les drogues illicites. La politique relative au tabac reste distincte.
Norvège	Intégration en vue d'une meilleure coordination, mais aussi parce que les drogues illicites font partie des priorités politiques. Forte orientation sur la santé.
Portugal	Documents d'orientation distincts, un organe coordinateur ; le pays s'oriente vers une intégration des drogues illicites et de l'alcool en une seule politique. Cette évolution est due au fait que la consommation de substances est de plus en plus considérée comme une question de santé, plutôt que de droit. La politique relative au tabac reste distincte.
Suisse	Documents d'orientation distincts, coordination nationale (OFSP), exécution cantonale. Le processus d'intégration des substances en une politique unique est la réponse du gouvernement aux critiques de la société civile à propos du paradoxe des politiques distinctes.
Pays-Bas	Pas d'intégration concernant les substances, documents d'orientation distincts. Approche actuelle satisfaisante. Intégration de la coordination par le ministère de la Santé. Structures bien établies pour différentes substances.
Royaume-Uni	Documents d'orientation distincts sur l'alcool, le tabac et les drogues. Les questions transversales liées à l'alcool sont traitées dans la stratégie sur les drogues. Coordination sur des questions communes «sur la base de projets ou de programmes». Responsabilité politique : politique en matière de drogues : ministère de l'Intérieur ; politique relative à l'alcool : ministère de la Santé + ministère de l'Intérieur. Politiques bien établies sur les drogues, l'alcool et le tabac. Aucune urgence à changer cette approche.

2.4.1. Intégration des politiques relatives aux substances et coordination

La Norvège et l'Allemagne sont les meilleurs exemples de politique intégrée sur les substances psychoactives et les comportements compulsifs, même en ce qui concerne la coordination. Ces deux pays ont publié des plans d'action approuvés au plan politique⁸. En Norvège, l'alcool et les drogues ont été intégrés dans une même politique lorsque les drogues illicites sont devenues une priorité politique. Le Plan d'action norvégien mentionne le jeu compulsif et l'usage de substances nocives améliorant la performance, mais ne traite pas du tabagisme. En Allemagne, les politiques relatives aux substances des années 1970 et 1980 se focalisaient sur les drogues illicites, ce qui a conduit, involontairement, à un sous-développement de la politique relative à l'alcool. Le lancement du Plan d'action fédéral en 2003 a marqué un tournant dans la politique allemande relative aux substances psychoactives. Il a été décidé de privilégier tous les types de dépendance; le plan d'action indique que la stratégie suivie «correspond davantage aux réalités de la vie des personnes touchées qu'à un quelconque principe idéologique» (p. 7). Ce choix d'une stratégie unique repose sur l'idée selon laquelle les modes de consommation à risque et la polytoxicomanie nécessitent une approche intégrée, axée sur les conséquences sanitaires et sociales, plutôt que sur les substances proprement dites. Le plan d'action allemand ne semble pas faire figurer le jeu parmi les comportements compulsifs.

2.4.2. Pays où l'intégration des politiques relatives aux substances et leur coordination sont en cours

L'Irlande, le Portugal et la Suisse sont en train d'intégrer l'alcool et les drogues dans une même politique. En Irlande et au Portugal, les questions de coordination constituent l'un des motifs de l'intégration des politiques. En Irlande, les experts de la santé souhaitaient incorporer la politique relative à l'alcool dans le système bien développé de la politique en matière de drogues. Dans ces deux pays, l'industrie des boissons alcoolisées a ralenti l'ensemble du processus en faisant valoir que la consommation d'alcool pourrait prendre une connotation négative aux yeux du public si elle était associée à la consommation de drogues. Au Portugal, les experts de la plateforme «alcool» et la société civile ont demandé que la politique relative aux problèmes associés à l'alcool soit intégrée à la structure nationale de coordination en matière de drogues. En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique a

8. Plan d'action national norvégien sur l'alcool et les drogues; Plan d'action allemand sur les drogues et les dépendances.

été chargé, avec les principaux acteurs concernés, d'élaborer un ordre de mission en vue d'une politique cohérente en matière de drogues, couvrant tous les types de dépendance («Défi addictions», prévu en juin 2010). Par ailleurs, la Suisse mène actuellement trois programmes de prévention nationaux (drogues, tabac, alcool), qui ont été élaborés indépendamment les uns des autres.

2.4.3. Aucune intégration des politiques relatives aux substances

Les Pays-Bas et le Royaume-Uni (du moins l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Ecosse) disposent de politiques distinctes pour chacune des substances psychoactives. Ces politiques insistent toutes sur les conséquences sanitaires et sociales de la consommation de substances, bien que la politique anglaise en matière de drogues, dotée d'un solide mécanisme d'application, semble se concentrer davantage sur les conséquences sociales négatives. En Angleterre, la mise en œuvre de la stratégie relative aux drogues tient compte d'un certain nombre de questions transversales liées à l'alcool. Il est difficile de dire pourquoi ces pays n'ont pas adopté une approche politique intégrée dans le domaine de la consommation de substances (ou une stratégie globale en la matière). Leurs objectifs fondamentaux sont plus ou moins les mêmes que ceux des autres pays. Les experts nationaux du Royaume-Uni et des Pays-Bas ont indiqué que leur approche est jugée efficace.

2.4.4. L'intégration, une question de coordination

Toute politique intégrée en matière de substances psychoactives nécessite une coordination. De ce point de vue, il convient d'examiner la collaboration entre les ministères ainsi que les chaînes de responsabilités. Dans les pays qui ont intégré les substances licites et illicites en une politique unique (Norvège et Allemagne), la structure de coordination est également intégrée, bien qu'il y ait une division du travail relatif aux politiques. En Norvège, par exemple, la nouvelle législation relative à l'alcool a été élaborée séparément de la législation sur les autres substances. Néanmoins, en cas de problèmes politiques, le dernier mot revient au ministère de la Santé. En Allemagne, le commissaire fédéral aux drogues et les commissaires aux drogues des Länder définissent la politique nationale et du Land. L'influence de la politique fédérale est limitée par les ressources et les priorités politiques des Länder.

Au Portugal et en Irlande, une structure de suivi a été créée pour fournir des informations et faciliter la coordination de la politique en matière de drogues. Les efforts déployés dans ces pays pour intégrer l'alcool dans une stratégie globale drogues-alcool sont motivés par la nécessité

de disposer d'une structure puissante pour lutter contre les problèmes liés à l'alcool. La Suisse suit un processus similaire d'intégration des substances et de la coordination en une seule politique mais, quelle qu'en soit l'issue, le gouvernement fédéral se heurtera aux mêmes limites qu'en Allemagne, puisqu'il partage son pouvoir politique avec les cantons. Au Royaume-Uni, l'Angleterre, l'Ecosse, l'Irlande du Nord et le Pays de Galles ont leur propre structure politique, mais c'est le Parlement britannique qui est chargé d'élaborer la stratégie globale en matière de drogues. Aux Pays-Bas, la coordination des politiques relatives aux substances est assurée par le ministère de la Santé, qui rédige des documents d'orientation distincts, par substance. Dans le cas de thèmes transversaux, les représentants des différents ministères concernés participent à l'élaboration des politiques.

Dans tous les pays étudiés – qu'ils aient opté pour une politique par substance ou une politique intégrée englobant toutes les substances –, la politique est coordonnée. Chaque pays dispose également de structures formelles ou informelles pour l'examen des questions touchant à plusieurs domaines d'action : les représentants des différents ministères concernés se réunissent alors, sur la base de programmes ou de projets, dans le cadre de ce que l'on appelle communément les « groupes de travail interministériels ». Dans certains pays (Portugal, Norvège, Allemagne), des structures juridiques officielles ont été mises en place pour coordonner les politiques et superviser les activités en cours.

2.5. Résumés par pays

2.5.1. Allemagne

2.5.1.1. Fondements de l'approche intégrée

Le Plan d'action sur les drogues et les dépendances (2003) adopte une vision intégrée de la consommation de substances psychoactives. Il constitue une évolution majeure par rapport au Programme national sur le contrôle de l'abus de drogues, adopté en 1990. Les principes fondamentaux du plan d'action peuvent être tirés de l'introduction rédigée par la ministre en charge de ces questions⁹. Elle évoque une « conception nouvelle » qui propose une politique réaliste en matière de drogues, correspondant davantage aux réalités concrètes de la vie des personnes touchées qu'à un quelconque principe idéologique (p. 7).

9. Secrétaire d'Etat parlementaire au ministère fédéral allemand de la Santé et de la Sécurité sociale et Commissaire aux drogues du Gouvernement fédéral allemand.

On serait donc passé d'une approche idéologique à une approche pragmatique. Le précédent programme fédéral était déséquilibré : axé sur les drogues illicites, il ne tenait pas compte des effets sociaux et sanitaires graves de la consommation nocive de substances licites engendrant une dépendance (p. 15). L'adoption d'une approche intégrée se justifiait également par le fait que « l'immense majorité des personnes dépendantes en Allemagne le sont de substances licites, telles que l'alcool, le tabac ou les médicaments » (p. 7). Enfin et surtout, le Plan d'action sur les drogues et les dépendances s'inscrit dans le cadre du développement d'une politique antidrogue européenne : « en particulier, la stratégie antidrogue approuvée par le Conseil européen dans le Plan d'action antidrogue 2002-2004 de l'Union européenne revêt une importance politique de premier ordre » (p. 15). Les raisons invoquées dans le plan d'action témoignent d'une évolution conceptuelle, où les questions de dépendance permettent d'établir un lien entre substances licites et illicites. Le plan d'action semble accorder la même importance aux conséquences sanitaires et aux conséquences sociales. Le choix d'une telle approche repose également sur une volonté d'harmonisation avec la politique européenne.

2.5.1.2. Mise en œuvre de la politique

Bien que les structures – distinctes – de traitement de l'alcoolisme et de traitement de la toxicomanie soient largement restées en place en Allemagne, l'intégration de l'alcool dans la stratégie relative aux drogues a mis fin à la séparation idéologique entre substances licites et substances illicites. La classe politique, les décideurs, les professionnels de santé et le public sont maintenant davantage sensibilisés aux conséquences sociales et sanitaires négatives d'une consommation excessive de substances psychoactives, y compris d'alcool.

2.5.2. Royaume-Uni

2.5.2.1. Fondements de la stratégie en matière de substances psychoactives

Le Royaume-Uni est formé de plusieurs pays constituants – l'Angleterre, l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord – qui disposent d'une certaine autonomie administrative et judiciaire. La présente contribution s'intéresse principalement à l'Angleterre. L'Ecosse, l'Irlande du Nord et le Pays de Galles ont élaboré différentes politiques en matière de consommation de substances, qui seront traitées brièvement à la fin du présent résumé.

A première vue, le Royaume-Uni dispose de politiques distinctes sur les drogues illicites, l'alcool et le tabac. Début 2008, le gouvernement a rendu publique sa deuxième stratégie décennale antidrogue pour 2008-2018, intitulée *Drogues: protéger les familles et les communautés* (*Drugs: protecting families and communities*). Cette stratégie est axée sur les drogues illicites, mais elle est très vaste et englobe quatre grands domaines : répression efficace ; action de prévention des dommages chez les enfants, les jeunes et les familles ; nouvelles approches en matière de traitement de la toxicomanie et réinsertion sociale ; campagnes d'information publiques, communication et mobilisation communautaire.

La Stratégie nationale sur l'alcool est publiée par le ministère de la Santé. La politique relative au tabac relève entièrement de la responsabilité du ministère de la Santé et ne semble pas être reliée aux questions de sécurité publique. Si l'on en juge par les ministères qui publient les documents d'orientation, les méthodes d'action concernant les drogues illicites, l'alcool et le tabac sont différentes et non intégrées sur un plan stratégique. Cela étant, l'alcool et les substances volatiles sont expressément mentionnés et intégrés dans plusieurs parties de la stratégie antidrogue, notamment pour ce qui est de la prévention visant les jeunes, les familles vulnérables et les groupes défavorisés. La prévention ne porte pas uniquement sur les drogues illicites, « mais sur toutes les substances et sur tous les facteurs de risque dont on sait qu'ils peuvent déboucher sur une consommation de drogues, un abus d'alcool et de substances volatiles (gaz, colles et solvants) ou d'autres problèmes plus tard dans la vie ». Si l'alcool semble occuper une place importante dans la stratégie antidrogue, cela ne semble pas être le cas pour les drogues illicites dans la stratégie sur l'alcool.

2.5.2.2. Mise en œuvre de la politique

Au Royaume-Uni, il n'y a pas de politique unique pour toutes les substances psychoactives. La mise en œuvre de la stratégie antidrogue incombe au ministère de l'Intérieur. Cette stratégie inclut un certain nombre de questions et d'actions transversales liées à l'alcool, principalement axées sur la prévention et l'abus. L'alcool est reconnu et traité comme une substance potentiellement nocive. Le plan d'action qui accompagne la stratégie antidrogue contient également des actions expressément liées à la consommation d'alcool, par exemple la mise en œuvre de certaines mesures du plan d'action contre l'alcool chez les jeunes (2008). Le service de la stratégie antidrogue s'occupe de la mise en œuvre coordonnée et intégrée de la stratégie antidrogue et du plan d'action. La coordination globale de la mise en œuvre de la stratégie antidrogue est assurée par un groupe de travail et un groupe stratégique

qui regroupent les ministères et administrations concernés. La supervision des travaux du groupe stratégique est assurée par un groupe interministériel sur l'abus de substances, qui examine les progrès réalisés et fixe les priorités en matière de lutte contre les dangers de l'abus d'alcool et de drogues. Les questions relatives au tabagisme ne sont pas traitées dans la stratégie antidrogue.

Un groupe ministériel intergouvernemental sur l'alcool a été créé pour la mise en œuvre de la stratégie sur l'alcool. Ce dernier est coprésidé par le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé. Les questions relatives au tabagisme ne sont pas traitées dans la stratégie sur l'alcool.

Le document d'orientation sur l'alcool (2007) est un exemple d'approche intégrée des substances psychoactives sur le plan pratique. Le Centre international pour la politique antidrogue a élaboré, en collaboration avec les 32 écoles médicales britanniques, un manuel pour l'enseignement des questions relatives à l'alcool, aux drogues et au tabac dans le premier cycle des études médicales. Ce guide, bien que commandé et financé par le groupe de la politique antidrogue du ministère de la Santé (Angleterre), traite de toutes les substances pouvant donner lieu à des abus. Il a été publié en avril 2007.

Au Pays de Galles (*Travailler ensemble en vue de la réduction des risques : Stratégie sur l'abus de substances pour le Pays de Galles 2008-2018*) et en Irlande du Nord (*Nouvelles orientations stratégiques concernant l'alcool et les drogues 2006-2011*), une stratégie globale relative à l'abus de substances a été mise en place. Le tabagisme n'y est pas abordé. Bien que l'Ecosse ait produit des documents d'orientation distincts sur les drogues et l'alcool, le Gouvernement écossais a reconnu que l'abus d'alcool et l'abus de drogues ne peuvent être considérés indépendamment l'un de l'autre.

2.5.3. Norvège

2.5.3.1. Fondements de l'approche intégrée

Le Plan d'action national norvégien sur l'alcool et les drogues est en vigueur depuis 2006. Comme l'indique son titre, il traite de l'alcool et des drogues. Le tabac n'en fait pas partie. Le jeu et les produits améliorant la performance, tels que les stéroïdes anabolisants, n'en sont pas exclus, mais n'y sont pas traités expressément non plus.

L'objectif général de ce plan d'action est de réduire les conséquences négatives de la consommation de substances, pour les individus comme pour la société. Principalement axé sur la santé publique, il englobe le

traitement et la prévention. Il restera en place jusqu'en 2010 (fin 2008, 15 actions sur 147 avaient été entièrement ou partiellement mises en œuvre). Dans le contexte norvégien, l'expression « politique intégrée » désigne à la fois l'intégration des substances licites et illicites dans un plan d'action national unique et la coordination de la mise en œuvre des mesures prévues dans ce plan d'action.

Dans l'avant-propos du Plan d'action national, la ministre norvégienne de la Santé et des Services de soins indique expressément que la solidarité avec l'individu est l'un des principes de base de la politique norvégienne en matière d'alcool et de drogues. Elle écrit :

« Qui dit problèmes de consommation de substances, dit inégalité sociale, tendances sociales, exclusion des inadaptés sociaux et lutte contre les difficultés à l'école et sur le lieu de travail. »

Ce point de vue a contribué au développement d'un vaste réseau de services de traitement et de réinsertion pour les toxicomanes et les alcooliques. L'expert norvégien a affirmé que la politique est intégrée « depuis qu'il existe une politique sur les drogues illicites en Norvège, car cela permet une meilleure coordination des activités de prévention et de traitement ».

2.5.3.2. Mise en œuvre de la politique

Plusieurs ministères interviennent dans l'exécution du plan d'action. Les actions conjointes sont coordonnées par le ministère de la Santé et des Services de soins. Des réunions interministérielles se tiennent quatre fois par an. Y sont examinés la situation en cours, le suivi, les questions budgétaires et la nécessité d'une coopération bilatérale. Un grand nombre de forums bilatéraux et multilatéraux, permanents et ad hoc, ont été créés entre différents ministères et autres organisations gouvernementales, pour assurer la coordination des actions et/ou domaines d'action.

2.5.4. Suisse

2.5.4.1. Fondements de l'approche intégrée

Tous les objectifs suisses en matière de drogues, d'alcool et de tabac ont pour dénominateur commun la prévention des conséquences sanitaires et sociales négatives de la consommation de substances psychoactives. La Suisse a mis en œuvre des programmes pour les drogues, le tabac et l'alcool ; tous ont été élaborés indépendamment les uns des autres.

Ces dernières années, la Suisse a été confrontée aux critiques de la société civile lui reprochant l'incohérence de sa politique en matière de substances psychoactives, et notamment la coexistence d'initiatives visant à durcir les règles en matière de consommation d'alcool et de tabac et d'initiatives visant à alléger l'interdiction totale du cannabis. Les experts suisses des politiques de santé ont constaté qu'il n'y avait pas de communauté de vues quant aux fondements de cette politique différenciée.

Au printemps 2010, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a finalisé un document d'orientation (ordre de mission: «Défi addictions») qui devrait susciter un débat public et politique sur les principes fondamentaux de la politique suisse en matière de substances psychoactives. L'idée est d'accorder moins d'importance à la perspective legaliste pour privilégier celle de la santé. Une telle politique ne doit privilégier aucune substance en particulier (licite ou illicite), mais plutôt les conséquences sanitaires et sociales négatives de la consommation de ces substances. Cette vision des choses semble justifier la mise en place d'une politique en matière de substances psychoactives qui soit intégrée et basée sur la santé.

2.5.4.2. Mise en œuvre de la politique

Le Gouvernement fédéral suisse a élaboré des programmes d'une durée de cinq ans sur l'alcool, le tabac et les drogues, coordonnés par différentes sections de l'OFSP, avec la participation et en tenant compte des niveaux fédéral, cantonal, municipal et institutionnel. Des groupes de travail interministériels, dirigés par l'OFSP, examinent et préparent les politiques relatives aux substances psychoactives. La section «drogues», par exemple, réunit l'organisme fédéral de sécurité sociale, mais également la police, la justice, les douanes et les organismes statistiques fédéraux. Ce groupe de travail (horizontal) tient compte des intérêts juridiques et politiques des ministères concernés. Outre l'OFSP et ses structures internes, il existe des commissions composées de représentants fédéraux, cantonaux, communaux et de la société civile, qui travaillent sur divers thèmes, en fonction des besoins.

2.5.5. Portugal

2.5.5.1. Fondements de l'approche intégrée

Au Portugal, l'organe gouvernemental responsable des questions de drogue et de toxicomanie est l'Instituto da Droga e da Toxicoddependencia (IDT) du ministère de la Santé. Il est principalement chargé de lutter contre l'usage de substances illicites (drogues) et les problèmes et

dépendances associés à la consommation de substances licites et illicites (alcool et drogues). Il s'occupe également de la mise en œuvre de la politique relative à l'alcool et aux drogues.

L'alcool relève du domaine de compétences de l'IDT depuis 2007, mais la structure de coordination officielle (coordinateur national, conseil interministériel et conseil national) n'a été approuvée que le 28 avril 2010 (décret-loi 40/2010). Le Plan d'action contre les usages nocifs de l'alcool 2010-2012 devait quant à lui être approuvé lors de la réunion du conseil interministériel au printemps 2010. Bien que l'exécution de la politique relative aux drogues et à l'alcool relève de la compétence d'une seule structure gouvernementale (l'IDT, organe coordinateur national, assisté de délégations régionales), il y a des documents d'orientation distincts pour l'alcool et les drogues illicites.

Le Portugal est en train d'intégrer l'alcool et les drogues dans une même politique nationale. Le Plan d'action national contre les drogues et les toxicomanies a été publié avant que l'alcool ne soit intégré aux activités de l'IDT et sera mis à jour en 2012. Il sera alors possible de faire figurer dans un seul document d'orientation les grandes options politiques possibles, en vue d'une approche intégrée axée sur la consommation de substances (dommages/dépendance) ou sur les dépendances en général. La structure d'aide à la coordination a été approuvée par le Conseil des ministres. Etant donné le succès de la coordination en matière de lutte contre la drogue, la plateforme «alcool» créée en 2008 propose de suivre ce modèle pour traiter les questions relatives à l'alcool. Le décret-loi approuvant la coordination intégrée dispose que les représentants de l'industrie des boissons alcoolisées auront un siège au sein du Conseil national.

2.5.5.2. Mise en œuvre de la politique

L'élaboration de la politique globale relative à l'alcool et aux drogues est un processus qui tient compte de tous les intérêts en présence. Les représentants de l'industrie des boissons alcoolisées participent à la mise en place de la nouvelle politique intégrée en leur qualité de membres de la plateforme «alcool» et du Conseil national (représentants de la société civile). Ils ne soutiennent pas activement l'intégration de l'alcool dans une stratégie relative aux drogues. Ce point de vue est partagé par d'autres personnes travaillant dans le domaine du traitement de l'alcoolisme. Si l'on veut intégrer l'alcool dans une stratégie globale, la formulation des grands objectifs, des documents et des projets est importante. Même le nom de l'institut (IDT) peut prêter à discussion, car il est désormais étroitement lié aux drogues.

En 2012, date prévue de lancement de la nouvelle stratégie, il sera possible de tirer des enseignements de l'expérience acquise au cours de ces deux années d'existence d'une approche partiellement intégrée en matière d'alcool et de drogues. D'éventuels ajustements pourront être apportés afin que la politique remplisse encore mieux son objectif d'améliorer la santé et le bien-être des différents consommateurs de substances psychoactives et de tous les membres de la société.

Les experts nationaux qui ont complété le questionnaire ont expliqué que le caractère intégré de la politique portugaise en matière de drogues résulte également du fait que les réponses sont élaborées en fonction des besoins des citoyens. Une évaluation des besoins a été réalisée dans la quasi-totalité des municipalités portugaises, sur la base d'une consultation avec les experts et institutions locaux. Les actions menées englobent le traitement, la prévention, la réduction des risques et la dissuasion. «Intégration» signifie ici qu'une politique coordonnée peut proposer des interventions en fonction des besoins réels des citoyens et des communautés (par opposition à une approche paternaliste, idéologique ou déséquilibrée). L'inventaire des besoins ayant eu lieu avant que l'alcool ne soit intégré aux activités de l'IDT, les interventions se sont concentrées jusqu'à présent sur les questions liées aux drogues. Par conséquent, les interventions liées à l'alcool ne sont pas encore aussi visibles et bien développées que celles liées aux drogues illicites.

2.5.6. Pays-Bas

2.5.6.1. Fondements de la stratégie en matière de substances psychoactives

Jusqu'à présent, les problèmes liés à la consommation de drogues, d'alcool et de tabac étaient dans l'ensemble considérés comme des risques sanitaires. La distinction faite dans la loi sur l'opium de 1976 entre les drogues présentant des risques inacceptables et celles présentant des risques moins graves cadre avec une approche orientée sur la santé. Au fil des ans, le gouvernement a rédigé des documents d'orientation sur diverses substances illicites. La distinction entre substances licites et substances illicites est importante, car les instruments politiques applicables diffèrent selon le statut juridique d'une substance donnée. L'autre argument invoqué contre l'intégration de toutes les substances dans une seule politique est le fait que certaines substances nécessitent une approche sur mesure plutôt qu'une approche généralisée. Les groupes cibles, le contexte, les risques sanitaires et les questions de sécurité publique liés à la consommation de MDMA, par exemple, nécessitent un ensemble d'interventions différentes de celles visant à

lutter contre la consommation d'alcool. Dans ce sens, la politique néerlandaise en matière de drogues peut être qualifiée de pragmatique.

Bien que le concept fondamental de la politique officielle relative aux substances psychoactives reste la préservation de la santé, l'on s'inquiète de plus en plus des risques sociaux auxquels pourrait contribuer la consommation de substances. En particulier, le lien entre la consommation de cannabis et d'alcool et l'abandon scolaire constitue une préoccupation politique (*Brief aan TK hoofdlijnen drugsbeleid*, 2009).

Inévitablement, la séparation des législations (loi sur le tabac, loi sur l'alcool, loi sur l'opium) a conduit à des moyens d'action différents pour la prévention des problèmes liés à la consommation de ces substances. D'après les experts, c'est la principale raison pour laquelle les politiques ne sont pas intégrées. Par exemple, l'instrument très efficace que constitue la taxation peut être utilisé dans les politiques relatives au tabac et à l'alcool, mais pas dans celle relative aux drogues illicites. En revanche, la politique de prévention et de soins est fortement intégrée.

La politique néerlandaise relative aux substances psychoactives ayant adopté une approche très pragmatique, on peut supposer qu'une approche intégrée ne soit pas, à ce jour, jugée bénéfique du point de vue de la coordination. D'après l'un des experts néerlandais, même si une approche intégrée était formulée au niveau politique, les interventions resteraient taillées sur mesure, et donc non intégrées pour la plupart.

2.5.6.2. Mise en œuvre de la politique

L'approche néerlandaise relative à la consommation de substances psychoactives n'est pas intégrée car la grande majorité des moyens d'action juridiques sont axés sur une substance en particulier (alcool, ou tabac, ou drogue). Le travail des acteurs gouvernementaux est plus ou moins intégré pour chaque substance psychoactive. Cela étant, les experts nationaux préfèrent parler de politique coordonnée ou concertée. Le ministère de la Santé, de l'Action sociale et des Sports est officiellement chargé de coordonner l'ensemble des politiques ayant trait aux substances psychoactives.

S'agissant des questions relatives à la politique en matière de drogues, les représentants des quatre ministères compétents (Santé, Justice, Affaires intérieures et Jeunesse et Famille) se réunissent tous les deux mois. La fréquence de ces réunions est plus élevée lorsqu'un nouveau document d'orientation en matière de drogues doit être rédigé, par exemple. Ici plus qu'ailleurs, dans la pratique quotidienne, chaque ministère est responsable de l'organisation de sa mission dans le cadre

global. Par exemple, le blanchiment d'argent lié au trafic de drogues illicites est une préoccupation du ministère de la Justice et du ministère des Finances. Si d'autres secteurs d'action sont à prendre en considération lors de la préparation d'une intervention, des consultations et un ajustement peuvent avoir lieu entre ou au sein des ministères.

2.5.7. Irlande

2.5.7.1. Fondements de l'approche intégrée

En juin 2010, l'Irlande disposait de politiques distinctes pour les drogues illicites et pour l'alcool. Cette situation devrait changer fin 2010, avec la finalisation et l'adoption prévues d'une stratégie nationale globale sur l'abus de substances. En 2006, une commission mixte des chambres du Parlement (commission de l'ensemble des partis composée de membres du Seanad et du Dáil)¹⁰ a recommandé d'inclure l'alcool dans une « nouvelle stratégie nationale relative à l'abus de substances psychoactives ». Cette recommandation reposait sur trois constats : 1. les caractéristiques de l'alcool (toxicité, pouvoir toxicomane); 2. les niveaux comparativement élevés de consommation d'alcool en Irlande et les conséquences sanitaires et sociales néfastes de cette consommation; et 3. l'absence de structure intégrée de lutte contre les problèmes liés à l'alcool. La commission mixte a affirmé que l'intégration de l'alcool dans une stratégie nationale en matière d'abus de substances psychoactives apporterait une structure de gestion efficace pour lutter contre les problèmes liés à cette substance.

La Stratégie nationale de l'Irlande en matière de drogues publiée en 2001 a établi une structure de suivi au sein de laquelle les ministères sont chargés de rendre compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie dans leur secteur. Ils font rapport à un groupe de hauts fonctionnaires relevant directement du gouvernement. La Stratégie nationale en matière de drogues comprend également un cadre stratégique composé d'objectifs, d'indicateurs de performance et de mesures connexes, et détermine quels sont les ministères ou administrations chargés de la mise en œuvre de chaque action. Un ministre du gouvernement est chargé de superviser la mise en œuvre de la stratégie. En ce qui concerne les questions relatives à l'alcool, deux rapports ont été publiés ces dernières années. Bien que leur validité scientifique soit reconnue, aucune structure officielle n'a été mise en place pour donner suite aux recommandations qui y figurent.

10. Commission mixte Arts, sport, tourisme et Affaires communautaires, rurales et gaéliques.

Pendant au moins une décennie, jusqu'en 2006, la question de l'alcool a régulièrement fait l'objet de vastes débats d'orientation, mais ces derniers « n'ont pas abouti à une réponse politique efficace aux problèmes découlant de la consommation d'alcool » (Commission mixte 2006, p. 26). La commission mixte a fait valoir qu'il serait plus facile de mettre en œuvre une stratégie intégrée relative à l'alcool et aux drogues que de créer une stratégie nationale parallèle mais distincte sur l'alcool.

Après l'examen à mi-parcours de la Stratégie nationale sur les drogues en 2005, un groupe d'experts a été formé fin 2006 pour conseiller le gouvernement quant à l'opportunité de garder la stratégie sur les drogues en l'état, ou d'y inclure l'alcool. Les progrès ont été lents. Le groupe n'a pu parvenir à un consensus sur ce point. Les représentants de la santé publique étaient favorables à l'intégration de l'alcool dans une stratégie nationale sur l'abus de substances, tandis que les représentants de l'industrie des boissons alcoolisées s'y opposaient.

Néanmoins, le 31 mars 2009, à la suite d'une consultation sur l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale en matière de drogues, qui a révélé un soutien massif du public en faveur de l'intégration de l'alcool et des drogues illicites dans une stratégie unique, le gouvernement a approuvé l'élaboration d'une stratégie globale sur l'abus de substances, englobant ces deux produits. La Stratégie nationale en matière de drogues (2009-2016) qui a été lancée en septembre 2009 est qualifiée de « stratégie intermédiaire ». Une commission de pilotage de la stratégie nationale sur l'abus de substances a été établie fin 2009, au sein de laquelle l'industrie des boissons alcoolisées est représentée. La stratégie globale devrait être finalisée fin 2010.

L'industrie des boissons alcoolisées est bien organisée en Irlande, et fait entendre sa voix par le biais d'un organe représentatif unique. Cette industrie au pouvoir économique influent, contribuant aux exportations nationales et employant un grand nombre de personnes, est notamment parvenue à persuader le gouvernement de mettre en place des codes de pratique volontaires plutôt qu'une législation dans le domaine de la publicité relative à l'alcool (2005). A ce titre, le gouvernement la considère comme un acteur légitime. En décembre 2009, craignant des importations d'alcool concurrentes (meilleur marché) d'Irlande du Nord, elle est intervenue auprès du ministère des Finances pour qu'il réduise les droits d'accise sur l'alcool.

L'appel en faveur d'une approche intégrée pour résoudre les problèmes liés aux drogues et à l'alcool en Irlande repose sur deux idées : 1. les niveaux de consommation d'alcool dans le pays et les conséquences sociales et sanitaires néfastes sont comparativement élevés ;

2. le cadre politique en vigueur en matière de drogues est considéré comme un outil puissant qui permettrait de traiter sans trop de difficultés les problèmes liés à l'alcool.

2.5.7.2. Mise en œuvre de la politique

Bien que la stratégie intégrée sur l'abus de drogues et d'alcool ne soit pas encore en place, au quotidien, les ministères compétents – Santé, Justice, Education et Finances, notamment – participent à l'élaboration de politiques sur l'alcool, les drogues et le tabac. A ce jour, il n'existe pas de structure interministérielle officielle en ce qui concerne l'alcool et le tabac. Cela étant, les ministères concernés se réunissent au besoin pour examiner les questions qui se posent en rapport avec ces substances. Par exemple, le ministère de la Justice est responsable de la législation sur la vente des boissons alcoolisées et le ministère de la Santé non, mais les deux ministères travaillent en étroite coopération sur ces questions.

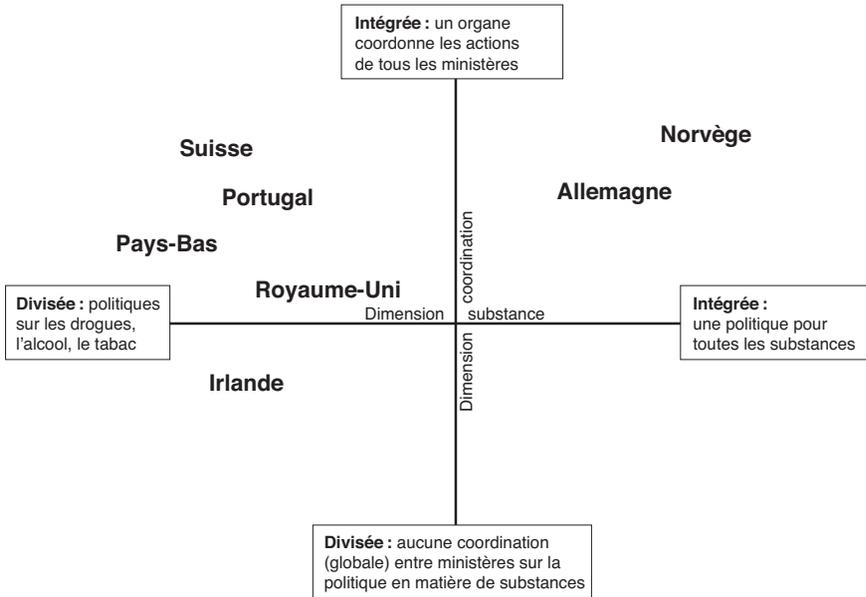
En ce qui concerne les questions relatives aux drogues, une structure officielle de suivi est en place, qui assure un retour d'informations régulier au ministre chargé de la Stratégie nationale relative aux drogues. Chaque ministère concerné a nommé une personne qui rend régulièrement compte au bureau du ministre responsable des questions de drogue; ces personnes se réunissent deux fois par mois. L'élaboration du volet «alcool» de la future stratégie nationale sur l'abus de substances est un point majeur de l'ordre du jour de ces réunions.

2.6. Conclusion

Dans ce projet pilote empirique sur les politiques intégrées, nous avons examiné les politiques de sept pays européens en matière d'abus de substances psychoactives. Certains (Norvège, Allemagne) mènent une politique totalement intégrée, d'autres (Portugal, Irlande, Suisse) s'orientent vers une politique intégrée, et deux d'entre eux (Pays-Bas et Royaume-Uni) n'en ont pas.

Cela dit, la notion de «politique intégrée» ne renvoie pas nécessairement à l'intégration des seules substances psychoactives: elle peut également faire référence à l'intégration de la coordination. Sur la figure 1, ces deux dimensions sont modélisées dans une grille. Les sept pays y sont positionnés en fonction du degré d'intégration actuel de leurs politiques en matière de substances psychoactives et de la coordination de ces politiques.

Figure 1. Deux dimensions de l'intégration : substances et coordination



Ce schéma montre qu'il est possible de mener des politiques distinctes sur des substances distinctes tout en ayant un organe gouvernemental unique chargé de la coordination de ces politiques. La dimension «coordination» ne tient pas compte des différents niveaux possibles (coordination verticale). Au Royaume-Uni, en Suisse et en Allemagne, le gouvernement national établit des lois et des lignes directrices, mais les structures politiques inférieures (par exemple l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande au Royaume-Uni, les Bundesländer en Allemagne et les cantons en Suisse) sont, dans une certaine mesure, dotées de pouvoirs décisionnels propres.

Les pays qui ont opté récemment pour une intégration des substances psychoactives dans une seule politique citent des événements historiques ou d'autres éléments déclencheurs parmi les causes de ce changement d'approche. L'un d'entre eux a été la prise de conscience du fait que la politique relative à l'alcool avait souffert de négligence politique car tout l'accent avait été mis sur les drogues illicites. L'adoption d'une seule politique constitue également un moyen d'intégrer l'alcool dans la politique – généralement ferme – applicable aux drogues. Il convient de noter ici que l'historique de la consommation de substances et des politiques en la matière peut être différent dans les pays de l'ancienne Europe de l'Est (voir Muscat 2008). En effet, les drogues illicites y sont arrivées sur le marché noir plus tardivement que dans

les pays occidentaux. Bien que cette question n'ait pas été examinée dans la présente étude pilote, il est probable que dans les anciens pays communistes, les politiques relatives aux drogues aient été intégrées aux politiques existantes relatives à l'alcool.

Les pays qui ne disposent pas d'une politique intégrée (et n'ont pas l'intention d'en mettre une en place) sont visiblement satisfaits de leur vision actuelle des choses et de la manière dont les politiques sont coordonnées, bien que certains aspects de leurs politiques fassent l'objet d'un débat public permanent, comme dans tous les pays.

2.7. Discussion

Nous souhaitons à présent partager avec le lecteur le résultat de nos réflexions sur les données dont nous disposons.

Une approche historique peut être utile pour comprendre les motifs à l'origine de l'intégration (ou de la transition vers l'intégration) des politiques dans certains pays. Tout d'abord, la plupart des pays participants font une distinction claire entre substances licites et substances illicites. Les traités internationaux applicables dans ce domaine (1961, 1972, 1988) disposent que les nations sont libres d'élaborer des politiques nationales concernant un ensemble de substances. L'émergence de ces traités peut être vue dans une perspective historico-politique. D'aucuns affirmeront que la période à laquelle les trois traités internationaux les plus récents ont été mis en place coïncide avec l'apparition, puis le développement de la consommation de drogues dans les Etats providence modernes. L'élaboration de politiques internationales en matière de drogues n'est pas uniquement motivée par des considérations d'ordre sanitaire (Musto 1973, 1999), elle apporte aussi une réponse à un phénomène de société.

Ce qui est valable pour les traités internationaux l'est aussi pour les politiques nationales. Confrontés à l'émergence du phénomène des drogues et aux problèmes qu'il engendrait¹¹, les pays concernés ont légiféré et – dans une plus ou moins large mesure – élaboré des politiques de prévention, de traitement et de réduction des risques. Richard Muscat (2008) suggère que l'opinion publique exerce une influence majeure sur l'idéologie politique et les politiques menées

11. Dans certains pays, une législation prohibitive a été mise en place sous la pression internationale, sans qu'il y ait de véritables problèmes liés aux drogues (Musto 1973, 1987; De Kort 1995).

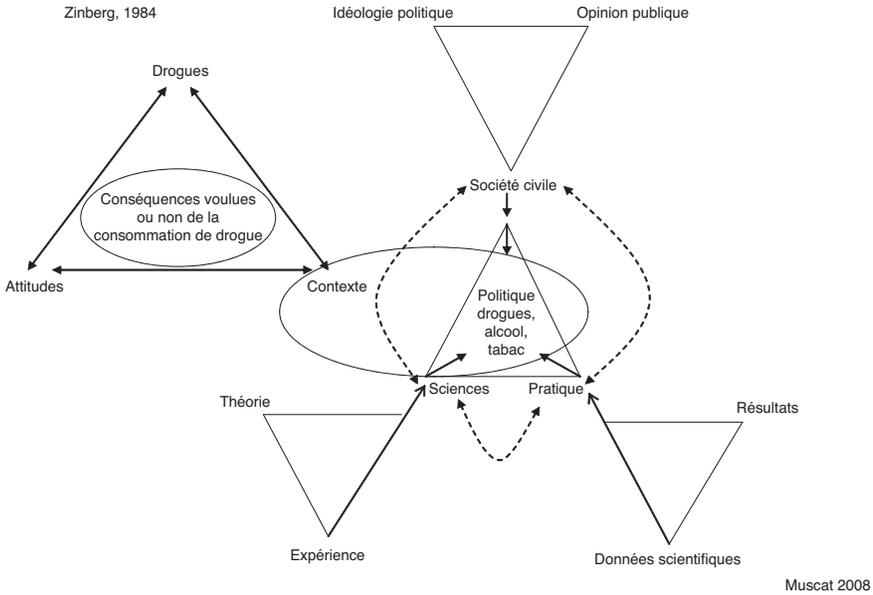
en matière de drogues. L'approche historique nous permet de mieux comprendre pourquoi certains pays ont, à un moment donné, modifié leur approche vis-à-vis de certaines substances psychoactives. Ceux qui ont choisi d'incorporer les substances licites et illicites dans un seul document d'orientation, par exemple, y ont été poussés par les évolutions de leur société.

L'apparition de l'épidémie de sida au milieu des années 1980 et dans les années 1990 a contraint de nombreux pays à adopter une approche pragmatique plutôt qu'une approche légaliste ou idéologique. L'épidémie a également alimenté le débat sur la réduction des risques au sein de la société civile : cette approche part du principe qu'il faut aider le toxicomane à diminuer les conséquences négatives liées à sa consommation de drogues lorsque l'objectif de l'abstinence ne peut être atteint.

Muscat (2008) explique que les politiques relatives à l'abus de substances sont influencées par des facteurs proximaux (société civile, pratique et sciences), eux-mêmes influencés par des facteurs distaux. La figure 2 présente son modèle dans une forme légèrement adaptée. Les pointillés entre les facteurs proximaux signifient que ces derniers ont également une influence les uns sur les autres. Il y a entre ces facteurs et la politique menée une interaction continue, via les médias populaires et scientifiques (non représentés). Le modèle bien connu de Norman Zinberg – drogues, attitudes et contexte (*drugs, set and setting*) (Zinberg 1984) – est également représenté sur cette figure, même si ce que Zinberg appelle « contexte » correspond dans une large mesure ici à la politique en matière de drogues. Le contexte a une influence considérable sur les conséquences voulues ou non de la consommation de substances psychoactives à petite, moyenne et grande échelle.

Le modèle de Muscat décrit l'influence de l'idéologie politique plutôt que des politiques menées. La forme que prend l'idéologie politique (c'est-à-dire la politique menée – lien entre l'idée et l'action) ne dépend pas que des idées, mais également des principes et des traditions en matière de gestion (de la santé) publique. Il va sans dire qu'il existe une certaine logique entre les idées et l'exécution des idées. Si la consommation de substances psychoactives autres que l'alcool ou le tabac est jugée immorale ou mauvaise, cela peut aboutir à une interdiction de ces substances. Si l'idée maîtresse est que les substances licites et illicites – sont potentiellement dommageables pour la santé, une approche sanitaire sera privilégiée. La coordination des interventions nécessitera une infrastructure politique différente selon l'approche adoptée.

Figure 2 : Modèles de Zinberg et Muscat dans un même schéma



Dans les politiques relatives à l'abus de substances, les actions et les responsabilités sont coordonnées pour parvenir à une fin. La coordination de l'exécution des idées (politique menée) ne consiste pas simplement à dire ce qui doit être fait et par qui. Cela implique également de susciter un accord sur les idées et principes fondamentaux (= idéologie politique).

Dans les pays étudiés, plusieurs ministères conçoivent la politique en matière de drogues, les acteurs les plus importants étant le ministère de la Santé et celui de la Justice. La coordination des interventions passe par une consultation des différents ministères sur les questions relevant de leurs domaines de compétences respectifs. Ce travail peut être effectué dans le cadre de groupes de travail interministériels, une forme de coordination existant dans la plupart des pays.

Du point de vue du contenu (idéologie politique), les sept pays ont des idées convergentes, mettant l'accent sur les conséquences sanitaires et sociales négatives de l'abus de substances et des comportements compulsifs. Du point de vue de la coordination (politique menée), les pays choisissent des approches différentes, en fonction de leurs traditions et de la constitution de leur gouvernement (système politique).

Prenons l'exemple de l'Allemagne : longtemps, la classe politique a cru que les drogues étaient la principale problématique dans le domaine de

la consommation de substances psychoactives. Cette idée est née des craintes de l'opinion publique (panique morale?) à propos du nombre élevé de décès liés aux drogues (par surdose). Elle a changé au fil du temps, sous l'influence de la science, de la pratique et de la société civile, la vision actuelle étant que la consommation d'alcool et de tabac entraîne elle aussi un large éventail de problèmes (voir chapitre précédent). Le Plan d'action national sur les drogues et les dépendances (2003) est basé sur cette nouvelle conception de la consommation de substances (hypothèses). Cela dit, la décision d'intégrer les substances licites dans la structure de coordination nationale (commissaire fédéral aux drogues et commissaires aux drogues des Länder) repose autant sur des considérations de contenu que de coordination. Une vaste structure avait déjà été mise en place pour la politique en matière de drogues: les autorités ont donc jugé utile d'y intégrer l'alcool pour résoudre les problèmes liés à la consommation de cette substance.

Si l'on considère les politiques menées (*policy*) comme un instrument permettant de coordonner la mise en pratique des idées, une politique qui n'inclut pas toutes les substances dans une structure ou un document national n'est pas nécessairement meilleure ou pire que les autres. Les idées sont juste mises en œuvre d'une autre façon, chaque organe responsable de la politique mettant l'accent sur son propre profil (santé, sécurité) et tenant compte des responsabilités des autres. Si le Royaume-Uni et les Pays-Bas considèrent que leur politique relative à l'alcool est menée avec efficacité, la nécessité d'intégrer leurs politiques sera faible. L'exemple de l'Allemagne et de l'Irlande montre que ces pays ont choisi d'intégrer l'alcool dans la structure relative aux drogues car ils n'étaient pas satisfaits de la manière dont étaient conçues les différentes politiques relatives aux substances. Pour autant que nous sachions, cela n'est pas le cas du Royaume-Uni ou des Pays-Bas.

Pour clore cette discussion, ajoutons que le concept de politique intégrée (dans divers domaines) est souvent employé sans préciser ce qui est, à proprement parler, intégré. Le fait d'adopter une vision globale axée sur la santé – découlant souvent d'une prise de conscience du caractère artificiel, sous l'angle de la santé, de la distinction en droit entre alcool, tabac et autres drogues – plutôt que de mettre l'accent sur une substance en particulier est une forme d'intégration, en l'occurrence une intégration au plan politique des stratégies relatives aux substances. La politique menée, bien qu'étroitement liée à l'idéologie politique, est différente de celle-ci si l'on se place dans une perspective analytique. La question de la coordination est un enjeu des politiques publiques. Elle est fonction de la constitution du gouvernement et de ses traditions en la matière.

2.8. Références

Commission européenne (2006), *Stratégie de l'Union européenne pour aider les Etats membres à réduire les dommages liés à l'alcool* (Communication de la Commission, 625), Bruxelles, Commission des communautés européennes.

Commission européenne (2007), *Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* (Livre blanc), Bruxelles, Commission des communautés européennes.

Conseil de l'Union européenne (2004), *Stratégie antidrogue de l'Union européenne (2005-2012)* (EU 15074/04 DGH II, 22/11/2004), Bruxelles, Conseil de l'Union européenne.

Kort M. de (1995), *Tussen patiënt en delinquent. De geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid* Hilversum, Uitgeverij Verloren.

Muscat R. (2008), *D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, ISBN: 978-92-871-6480-3.

Musto D.F. (1973, 1987), *The American Disease: The Origins of Narcotic Control*, New York, Oxford University Press.

Zinberg N.E. (1984), *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven CT, Yale University Press, 1986.

3. Conclusions générales

Comme nous l'avons vu dans l'étude empirique, il y a une différence notable entre l'idéologie politique (*politics*) et la politique menée (*policy*). L'idéologie politique d'un parti ou d'un gouvernement désigne ses convictions, et elle détermine la vision globale de ce groupe par rapport aux questions qui se posent. La politique menée ou politique publique est l'instrument par lequel leur idéologie politique peut être concrétisée. Elle peut être définie comme les actions ou inactions d'un gouvernement sur une ou plusieurs questions en particulier, par exemple en ce qui concerne les substances psychoactives que sont l'alcool, le tabac et les autres drogues.

La politique menée se base sur les priorités ou idées politiques du gouvernement au pouvoir. Toute politique relative aux substances psychoactives, comme nous l'avons vu dans la première partie de la synthèse (paragraphe 1.0 et 1.1), doit tenir compte de la science. En effet, celle-ci nous apporte des informations sur les raisons pour lesquelles certaines personnes consomment ces substances et pourquoi certaines en deviennent dépendantes, mais également sur les effets de la consommation de ces substances, selon qu'elle est unique, occasionnelle, régulière ou chronique. Pour l'heure, les principales données dont se servent les gouvernements sont celles issues de l'épidémiologie, à savoir la prévalence de la consommation et les statistiques relatives aux décès consécutifs à la consommation. Ces informations sont celles qui semblent susciter le plus d'intérêt.

D'aucuns diront que la science en tant que telle ne peut apporter de réponse « tout blanc » ou « tout noir » aux questions posées, et que les preuves scientifiques ne sont pas ce que recherche le public, ni ce dont s'inspirent les gouvernements lorsqu'ils élaborent des politiques. On doit tenir compte du fait que la science se rapporte aux probabilités – c'est le principe selon lequel, lorsqu'on vérifie la validité de différentes théories, la plus citée est celle qui aura le plus de chances de donner une explication satisfaisante aux observations faites. Cette théorie n'est pas la plus citée en raison de la couverture médiatique dont elle a bénéficié, mais plutôt parce qu'elle a suivi un processus scientifique, qui englobe l'examen par les pairs, qu'elle a émergé et éveillé l'intérêt du public ou de la classe politique. Il arrive que des découvertes

scientifiques soient portées sur le devant de la scène publique alors qu'elles n'ont pas franchi toutes les étapes de ce processus, ce qui se solde en général par un désaveu.

Le fait que la science soit liée aux probabilités est un concept qui n'est pas ancré dans l'opinion publique. Si cette donnée n'est pas prise en compte lorsque la science est utilisée pour étayer l'action des pouvoirs publics, cela pose problème. La récente pandémie de grippe en est une bonne illustration. Les gouvernements du monde entier ont acheté des vaccins pour le cas où la pandémie de grippe deviendrait une réalité. Certains affirment maintenant que cette réaction était disproportionnée, car les données scientifiques montraient que le risque de pandémie était inférieur à 50 % – 10 % seulement selon certains –, mais les conséquences d'une pandémie, en termes de nombre de décès et de personnes rendues invalides par la grippe, étaient énormes. Le choix qui a dû être fait ici était une question d'évaluation du risque et – plus important encore – de gestion du risque.

Le risque de pandémie de grippe était inférieur à 50 % : d'aucuns diront qu'il n'aurait pas été nécessaire de prendre des mesures, ou encore que les ressources mises à disposition auraient dû être proportionnelles au risque d'occurrence – si nous prenons le chiffre le plus faible, 10 % des ressources auraient suffi. Cela dit, ne sommes-nous pas nombreux à assurer notre habitation contre l'incendie tout en sachant que les risques sont inférieurs à 50 % ? Les conséquences d'une perte de notre habitation sont telles que nous continuons à assurer notre bien chaque année tout en reconnaissant que nous n'obtiendrons aucun retour sur investissement, sauf la tranquillité d'esprit, ce qui pourrait bien être l'essentiel ici.

S'il souhaite prendre part aux débats sur ces questions, le public doit bien comprendre le lien entre les informations fournies par la science et les conséquences de l'inaction. D'autres exemples de découvertes scientifiques dans le domaine de la santé sont le lien entre tabagisme et cancer du poumon, ou encore entre consommation d'alcool et cirrhose du foie. Pour le premier, les conclusions scientifiques affirment que le risque (ou la probabilité) d'être atteint d'un cancer du poumon est presque huit fois plus élevé chez les fumeurs chroniques que chez les non-fumeurs. Cela ne signifie pas que tous les fumeurs auront un cancer du poumon, mais tout simplement que les risques sont plus élevés dans ce groupe.

L'opinion publique et la classe politique doivent être conscientes des différents types de données que la science peut leur fournir, et convenir de la manière dont elles doivent être utilisées dans la formulation des

politiques. Prenons l'exemple récent de la recherche sur les cellules souches embryonnaires. A la suite d'un long débat public et parlementaire au Royaume-Uni, une politique a été mise en place, qui semble tenir compte de certaines des craintes exprimées, mais également de la nécessité de mener des recherches scientifiques dans ce domaine. A l'inverse, la question des OGM serait une mauvaise illustration de la place des sciences dans les politiques publiques, car le débat a débuté trop tard, les intéressés – c'est-à-dire les groupes écologistes et les milieux d'affaires – campant sur leurs positions respectives.

Le message que nous voulons faire passer ici, c'est qu'il faut promouvoir davantage la science auprès du grand public et des responsables politiques, pour que toutes les parties s'engagent dans le débat plus ou moins sur un pied d'égalité, en ayant conscience que science rime avec probabilités et que politique rime avec éthique, économie et facteurs sociaux. La science n'est certes qu'une partie de l'équation, mais une partie qui doit être mieux inculquée.

Nous avons vu dans l'introduction à l'étude empirique (paragraphe 2.1) que la santé et le bien-être, ou plus généralement la santé physique et mentale, est le nouveau facteur qui oriente l'action politique. Les institutions telles que le Conseil de l'Europe et l'Union européenne en font une priorité; bien entendu, l'OMS place la santé au premier plan et surveille la santé des nations. Cela devrait fournir aux gouvernements concernés les informations requises pour élaborer des politiques de santé qui incluent la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances telles que les drogues illicites ou encore l'usage non médical des médicaments. De telles politiques de santé se justifient par le fait que le recours à ces substances a un impact majeur sur la santé et donc la capacité à mener une vie pleinement productive, telle qu'elle est mesurée en DALY (années de vie corrigées de l'incapacité). La consommation de ces substances a des conséquences directes sur deux des trois «piliers» de la santé (santé physique, mentale et sociale).

Compte tenu de ce qui précède, nous aurions besoin d'une méthode scientifique qui tienne compte des méfaits de ces substances et qui permette aux responsables politiques et à l'opinion publique d'être mieux informés. C'est précisément ce qu'ont essayé de faire le professeur Nutt et ses collègues (Royaume-Uni) dans un article publié dans le *Lancet* (2007, 369, p. 1047-1053). Ils ont utilisé trois catégories de méfaits – physiques, mentaux et sociaux – divisées en trois sous-catégories chacune: aigu, chronique et intraveineux pour le volet physique; intensité du plaisir, dépendance psychologique et

dépendance physique pour le volet mental; et enfin intoxication, autres dommages sociaux et coûts de santé pour le volet social.

A l'aide de la méthode Delphi, ils ont examiné vingt substances, parmi lesquelles des substances licites comme l'alcool et le tabac, et les ont classées de la plus nocive à la moins nocive. Comme cela était à prévoir, l'héroïne arrivait en première position, suivie par la cocaïne; contre toute attente, l'alcool occupait la cinquième place du classement et le tabac la neuvième, le cannabis venait en onzième position et le khat en vingtième. Cette liste englobe les principales substances psychoactives, mais n'est pas exhaustive. Il s'agit toutefois du premier classement tenant compte des méfaits de ces substances pour la santé physique et morale, ainsi que de leurs effets dommageables au plan social. Cette initiative n'est qu'une première tentative: avec davantage de données, l'on pourrait procéder à une analyse plus poussée, par exemple une analyse en composantes principales, qui permettrait de dégager les éléments les plus importants parmi les neuf qui contribuent aux dommages causés par ces substances. L'on pourrait également se baser sur ces données pour décider d'accorder davantage de poids à l'un ou l'autre de ces facteurs. Par exemple, ce sont les effets chroniques ou à long terme du tabagisme qui sont la principale cause de la réduction de l'espérance de vie et des maladies graves à l'origine des années perdues mesurées en DALY.

Il semblerait que la science soit aujourd'hui mieux à même d'orienter l'action politique dans le domaine de la santé. On ne s'étonnera donc pas de constater que la plupart des pays examinés dans l'étude empirique ont fait de la santé un thème central de leurs politiques dans le domaine des substances psychoactives. Ce qui les différencie les uns des autres est la manière dont le concept de santé est intégré à la politique menée. La question de la coordination semble être primordiale dans le choix entre une politique intégrée ou une politique unique pour chaque substance, sous le thème commun de la santé. En fait, elle a déjà été évoquée dans l'introduction, sous la forme de l'affirmation selon laquelle toute structure sert à une fonction, qu'il s'agisse du fonctionnement cérébral ou de la mise en œuvre des politiques.

Sur le plan de l'idéologie politique, le chapitre 2 de cet ouvrage ajoute deux nouveaux aspects au modèle produit par la première initiative du Groupe Pompidou dans ce domaine, *D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives* (Conseil de l'Europe). Le premier est l'idée selon laquelle les trois facteurs proximaux – société civile, science et pratique – s'influencent mutuellement et deviennent donc à leur tour des composantes distales. On obtient ainsi un modèle plus dynamique, d'où il ressort que la science se doit

de transmettre son message au public et aux praticiens afin que les données scientifiques puissent être prises en compte dans la formulation des politiques. Pour que cela soit possible, il est impératif que les scientifiques communiquent plus efficacement sur leurs découvertes. Dans cet esprit, le Groupe Pompidou a organisé des ateliers d'été pour apprendre aux jeunes scientifiques à mieux communiquer. Du point de vue du responsable politique, cela prend la forme d'une analyse des besoins. Ce type d'analyse sera à la base d'une initiative de formation dans le prochain programme de travail du Groupe Pompidou, qui entend mieux informer les responsables politiques sur les différents points de vue issus des sciences.

La deuxième idée née de la présente étude empirique a été d'incorporer au modèle de Muscat celui de Zinberg, qui intervient dans la politique menée, mais pas dans l'idéologie politique. D'après ce modèle, le contexte – c'est-à-dire la politique menée, qu'elle soit intégrée ou non – a un impact sur les attitudes, c'est-à-dire l'individu et la substance. Le fait qu'une politique soit ou non prohibitive aura un effet, recherché ou non, en premier lieu sur le désir de consommer une substance, puis sur le type de substance choisie. En d'autres termes, la décision de consommer ou non pourrait être déterminée par l'existence de répercussions au plan légal (si la politique est prohibitive). Cette question a été examinée plus en détail par Babor et ses collègues dans leur récent ouvrage *Drug Policy and the Public Good* (2010). En tout état de cause, comme nous l'avons vu précédemment, les données scientifiques devraient être la principale considération dans la prise de décision et donc le facteur déterminant des comportements actuels.

Enfin, sur la question de la politique menée et de la coordination, on peut supposer que l'évolution vers une politique intégrée sur les substances psychoactives, évolution qui s'accélère, peut être le résultat de l'accent mis sur la santé et du fait qu'il existe déjà dans les pays concernés des structures permettant un tel changement. Au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas, pays qui privilégient l'aspect « santé », les structures de base étaient propices à l'avènement de politiques uniques en la matière. À terme, il serait intéressant de déterminer quelles sont, parmi les diverses structures existant dans les différents pays, celles qui sont les mieux adaptées à une politique intégrée englobant toutes les substances psychoactives, ou à des politiques distinctes pour chaque substance.

3.1. Références

Babor T.F., Caulkins J.P., Edwards G., Fischer B., Foxcroft D.R., Humphreys K., Obot I.S., Rehm J., Reuter P., Room R., Rossow I. and Strang J. (2010), *Drug Policy and the Public Good*, Oxford, Oxford University Press, ISBN13: 978-0-19-955712-7.

Muscat R. (2009), *D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, ISBN: 978-92-871-6479-7.

Nutt D., King L.A., Saulsbury W. & Blakemore C. (2007), «Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse», *Lancet*, 369, p. 1047-1053.

Publications du Groupe Pompidou

Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants

Liste de documents et publications (au 9 juin 2010), en commençant par les plus récents

Treatment Systems Overview, by Richard Muscat and members of the Treatment Platform of the Pompidou Group [ISBN 978-92-871-6930-3], October 2010.

Vers une politique intégrée liée aux substances psychoactives: analyse théorique et empirique, par Richard Muscat, Dike van de Mheen et Cas Barendregt [ISBN 978-92-871-6925-9], octobre 2010.

Exass Network, 6th Meeting, 19-21 October 2009, Amsterdam, The Netherlands, report by Johnny Connolly and the Pompidou Group (EXASS Net: European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems providing experience and assistance for inter-sectoral co-operation) [P-PG/COOP(2010)3], May 2010, www.exass.net.

Conférence MedNET de haut niveau, Actes, 1^{er} décembre 2009 [P-PG/MedNET(2009)35], Strasbourg, mars 2010.

Tendances de la recherche sur les drogues, par Richard Muscat, Dirk J. Korf, Jorge Negreiros et Dominique Vuillaume [ISBN 978-92-871-6693-7], Strasbourg, décembre 2009.

Exass Network, 5th Meeting, 4-6 May 2009, Budapest, Hungary, Report by Johnny Connolly and the Pompidou Group (EXASS Net: European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems providing experience and assistance for inter-sectoral co-operation) [P-PG/COOP(2009)9], October 2009, www.exass.net.

Awareness and practices related to addictive substances among schoolchildren in Lebanon in 2008, MedSPAD Lebanon, Beirut, October 2009.

The 2007 ESPAD Report: Substance Use among Students in 35 European Countries, by Björn Hibell, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) [ISBN 978-91-7278-219-8], February 2009. To order from: the Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), +46 8 412 46 00/ fax: + 46 8 10 46 41/ e-mail: can@can.se/ www.can.se.

D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives, par Richard Muscat et des membres de la plateforme Recherche du Groupe Pompidou [ISBN 978-92-871-6479-7], Strasbourg, janvier 2009.

EXASS Network, 4th Meeting, 30-31 October 2008, Moscow, Russian Federation, Report by Johnny Connolly and the Pompidou Group (EXASS Net: European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems providing experience and assistance for inter-sectoral co-operation) [P-PG/COOP(2008)10], www.exass.net.

La prise en charge des toxicomanes, Séminaires de formation de médecins dans la cadre du projet MedNET en Algérie, 1^{er} semestre 2008, Actes, par l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Alger (en français et arabe uniquement), décembre 2008.

EXASS Network, 3rd Meeting, 26-28 May 2008, Frankfurt am Main, Germany, Report, by Johnny Connolly with the support of Jürgen Weimer and the Pompidou Group (EXASS Net: European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems providing experience and assistance for inter-sectoral co-operation) [P-PG/COOP(2008)7], October 2008, www.exass.net.

Cannabis in Europe: Dynamics in Perception, Policy and Markets, by Dirk Korf (ed.) and the European Society for Social Drug Research (ESDD) [ISBN 978-3-89967-512-2]. To order from: Pabst Science Publishers, www.pabst.publishers.de, 2008.

Le dépistage de drogues en milieu scolaire et en milieu professionnel et Annexes, par le Comité d'experts sur les questions éthiques et déontologiques [P-PG/Ehtics(2008)5], septembre 2008.

Le rôle de la recherche scientifique dans l'élaboration des politiques de drogue, Séminaire international en coopération avec l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie d'Algérie, Alger 3-6 décembre 2006, Actes, mai 2008 (en français et arabe uniquement).

EXASS Network, 2nd Meeting, 30-31 October 2007, Preston, United Kingdom, Report, by Johnny Connolly and the Pompidou Group (EXASS Net: European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems providing experience and assistance for inter-sectoral co-operation) [P-PG/COOP(2008)5], April 2008, www.exass.net.

Enquêtes scolaires sur l'alcool, le tabac et les autres drogues dans la région méditerranée. L'enquête MedSPAD à Alger: de la conception aux résultats, Soumaya Mansouri-Zeghnoun [P-PG/RES-Med (2007) 1], juin 2007 (français uniquement).

Le Groupe Pompidou: de nouveaux signaux pour les politiques en matière de lutte contre la toxicomanie en Europe [conférence ministérielle du Groupe Pompidou], Strasbourg, 27-28 novembre 2006 [P-PG/MinConf (2007)1], Actes, juin 2007.

Les facteurs de risque dans l'usage de drogues par les adolescents: résultats des enquêtes scolaires et utilisation en matière de lutte contre la toxicomanie en Europe, par Richard Muscat, Thóroddur Bjarnasson, François Beck et Patrick Peretti-Watel [ISBN 978-92-871-6194-9], février 2007.

EXASS Network, 1st Meeting, 26-27 April 2007, Helsinki, Finland, Report, by Johnny Connolly and the Pompidou Group (EXASS Net: European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems providing experience and assistance for inter-sectoral co-operation) [P-PG/COOP(2007)3], October 2007, www.exass.net.

Final report: Drug prevention Support Network for Parents and Professionals, with support of the Nordic Council of Ministers and the Swiss Government [P-PG/Prev-SN (2003)8], Strasbourg, December 2006.

Young People and Drugs – Care and Treatment, by Janusz Sieroslowski *et al.* [P-PG/TT(2006)5], November 2006.

Demandes de traitement des consommateurs de drogues: influence sur les politiques et les pratiques, par Hamish Sinclair [ISBN 10 :92-871-6086-4/ ISBN 13 :978-92-871-6086-7], octobre 2006.

La recherche en psychologie sur les drogues: questions actuelles et perspectives, par Jorge Negreiros [ISBN-10 :92-871-6032-5/ ISBN-13 :978-6032-4], septembre 2006.

La recherche biomédicale dans le domaine des drogues, par Richard Muscat [ISBN-10 :92-871-6017-1/ ISBN-13 :978-92-871-6017-1], juillet 2006.

«**La drogue, pourquoi pas?**» – 2^e Forum européen sur la prévention des toxicomanies, Actes, Vilnius, Lituanie, 18-19 mai 2006 [P-PG/Prev-CF(2006)6], novembre 2006.

Drogues et alcool: violence et insécurité? Guide: Projet intégré 2 – réponses à la violence quotidienne dans une société démocratique, par Dirk J. Korf *et al.* [P-PG/CJ (2004)7], septembre 2005.

Research on Drugs and Drug Policy from a European Perspective – Selected readings from the 15th International Conference of the European Society for Social Drug Research (ESDD), [ISBN 3-89967-270-4 5 (Europe)/ ISBN 1-59326-078-4 (USA)], 2005 (to order from: Pabst Science Publishers, www.pabst.publishers.de).

La toxicomanie, coll. «Regard éthique» des Editions du Conseil de l'Europe [ISBN 92-871-5638-7], juillet 2005 (à commander auprès des Editions du Conseil de l'Europe : <http://book.coe.int>).

Polyconsommation de drogues: combiner différentes drogues – nouvelles tendances dans les cultures des jeunes, 1^{er} Forum européen sur la prévention des toxicomanies, Actes, Ekaterinbourg, Fédération de Russie, 6-7 octobre 2004 [P-PG/Prev-CF (2005)1].

La validité et la fiabilité des enquêtes scolaires fondées sur la méthodologie ESPAD en Algérie, Libye et Maroc (MedSPAD), par Ruud Bless et Richard Muscat [P-PG/Res-Med(2004)2], 2004.

The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use among Students in 35 European Countries, November 2004, joint publication Pompidou Group/ CAN [ISBN 91-7278-103-3], to order from CAN – The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, fax: +46 8 10 46 41 or e-mail: barbro.andersson@can.se.

Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain – Acquis et perspectives, Actes, Conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004 [ISBN 92-871-5534-8].

Drogues et dépendances aux drogues: comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain – Acquis et perspectives, document de base par Richard Hartnoll, Conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004 [ISBN 92-871-5489-9].

Follow-up project on treatment demand: tracking long-term trends – Final Report by Michael Stauffacher *et al.* [P-PG/Epid (2003)37].

Circulation routière et substances psychoactives – Actes, séminaire, Strasbourg, 18-20 juin 2003 [ISBN 92-871-5501-1], juillet 2004.

Ethics and drug use – seminar on ethics, professional standards and drug addiction, Strasbourg, 6-7 February 2003 [P-PG/Ethics (2003) 4], November 2003.

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
BE-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/DL Services
Avenue du Roi 202 Koningslaan
BE-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>

BOSNIA AND HERZEGOVINA/ BOSNIE-HERZÉGOVINE

Robert's Plus d.o.o.
Marka Marulića 2/V
BA-71000, SARAJEVO
Tel.: + 387 33 640 818
Fax: + 387 33 640 818
E-mail: robertsplus@bih.net.ba

CANADA

Renouf Publishing Co. Ltd.
1-5369 Canotek Road
CA-OTTAWA, Ontario K1J 9J3
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>

CROATIA/CROATIE

Robert's Plus d.o.o.
Marasovičeva 67
HR-21000, SPLIT
Tel.: + 385 21 315 800, 801, 802, 803
Fax: + 385 21 315 804
E-mail: robertsplus@robertsplus.hr

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
Vimmelskaflet 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
FI-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
FR-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
FR-67000 STRASBOURG
Tel.: +33 (0)3 88 15 78 88
Fax: +33 (0)3 88 15 78 80
E-mail: librairie-kleber@coe.int
<http://www.librairie-kleber.com>

GERMANY/ALLEMAGNE

AUSTRIA/AUTRICHE
UNO Verlag GmbH
August-Bebel-Allee 6
DE-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 ATHINAI
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
Pannónia u. 58.
PF. 1039
HU-1136 BUDAPEST
Tel.: +36 1 329 2170
Fax: +36 1 349 2053
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
<http://www.euroinfo.hu>

ITALY/ITALIE

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
IT-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.
Rio Pánuco, 141 Delegacion Cuauhtémoc
MX-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

Roodveldt Import BV
Nieuwe Hemweg 50
NE-10113 CX AMSTERDAM
Tel.: + 31 20 622 8035
Fax.: + 31 20 625 5493
Website: www.publidis.org
Email: orders@publidis.org

NORWAY/NORVÈGE

Akademika
Postboks 84 Blindern
NO-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 Obrocnow 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
PT-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
17b, Butlerova ul.
RU-101000 MOSCOW
Tel.: +7 495 739 0971
Fax: +7 495 739 0971
E-mail: orders@vesmirbooks.ru
<http://www.vesmirbooks.ru>

SPAIN/ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros, s.a.
Castelló, 37
ES-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

Planetis Sàrl
16 chemin des pins
CH-1273 ARZIER
Tel.: +41 22 366 51 77
Fax: +41 22 366 51 78
E-mail: info@planetis.ch

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
US-CROTON-ON-HUDSON, NY 10520
Tel.: +1 914 271 5194
Fax: +1 914 271 5856
E-mail: Info@manhattanpublishing.com
<http://www.manhattanpublishing.com>

Council of Europe Publishing/Éditions du Conseil de l'Europe
FR-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>



Cette publication prolonge la réflexion menée dans un titre précédent, *D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives* (2009), qui analysait la manière dont certains pays européens formulent et appliquent leurs politiques de lutte contre les drogues, notamment à la lumière de l'évolution actuelle qui tend à remplacer les approches politiques sectorielles sur l'alcool, le tabac et la drogue par une approche intégrée englobant l'ensemble de ces substances.

L'ouvrage présente les raisons scientifiques qui motivent le choix entre une politique séparée pour chaque substance et une politique unique, «intégrée», incorporant toutes les substances. Il examine leurs modalités d'application dans sept pays considérés comme représentatifs de l'éventail des différentes options possibles entre politiques sectorielles ou politiques intégrées.

La consommation de substances ayant des répercussions sur la qualité de vie des personnes et la société en général, les auteurs concluent à l'importance d'accorder une grande attention aux données de la recherche. Enfin, il apparaît que la coordination est un facteur fondamental pour déterminer si une politique est intégrée ou non. Quant à savoir quelles structures et quels organes sont les mieux à même de mettre en œuvre, selon le cas, des politiques sectorielles ou une politique intégrée, la question reste ouverte.



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 978-92-871-6924-2



17€/34\$US

<http://book.coe.int>
Editions du Conseil de l'Europe