



Conseil économique
et social

Distr. GENERALE

E/CN.7/1996/6
9 avril 1996

FRANCAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION DES STUPEFIANTS
Trente-neuvième session
Vienne, 16-25 avril 1996
Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

**PRINCIPES ET PRATIQUES DE LA PREVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE
DANS LES PROGRAMMES DE REDUCTION DE LA DEMANDE**

Etat des connaissances concernant la prévention primaire et secondaire

Rapport du Secrétariat

Résumé

Le présent document vise à répondre à la demande formulée par la Commission à sa trente-huitième session, pour qu'il soit procédé à un examen des données disponibles se rapportant à la prévention primaire et secondaire de l'abus des drogues. On a beaucoup appris au cours de nombreuses années, à l'égard des méthodes de prévention primaire et secondaire, pour ce qui est notamment de mesurer et d'évaluer l'efficacité des programmes correspondants. Les conclusions découlant de nombreuses méthodes sont concordantes et font ressortir, comme on pouvait s'y attendre, des résultats très divers quant à leur efficacité.

Les méthodes de prévention primaire comprennent des campagnes de sensibilisation, des interventions aux stades périnatal et préscolaire, une éducation scolaire, des programmes concernant les jeunes, et le dépistage de l'abus des drogues. La prévention secondaire vise à restreindre cet abus au moyen de différentes formes de traitement et de réadaptation. Théoriquement, et dans la pratique de nombreux Etats, la prévention primaire et secondaire intervient, à bien des égards, parallèlement ou conjointement à la prévention tertiaire qui vise à limiter les risques que l'abus persistant de drogues entraîne pour la santé. Les données théoriques et concrètes tendent à montrer que l'efficacité de la prévention primaire est de plus en plus contestée, tandis qu'il s'avère que la prévention secondaire peut incontestablement réduire la demande et aboutir à l'abstinence dans certaines conditions. Diverses études font ressortir l'efficacité des stratégies de prévention secondaire malgré un taux de rechutes élevé.

*E/CN.7/1996/1.

TABLE DES MATIERES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
INTRODUCTION	1	3
I. QUESTIONS THEORIQUES	2 - 26	3
A. Signification et incidences de la prévention primaire et secondaire	2 - 6	3
B. Causes et facteurs corrélatifs	7 - 17	4
C. Mesure de l'efficacité	18 - 26	7
II. PREVENTION PRIMAIRE	27 - 54	9
A. Renforcement de l'efficacité des programmes	27 - 30	9
B. Types de programmes	31 - 54	9
III. PREVENTION SECONDAIRE	55 - 76	14
A. Renforcement de l'efficacité des programmes	55 - 58	14
B. Types de programmes	59 - 76	15
IV. RELATIONS ENTRE LA PREVENTION PRIMAIRE ET LA PREVENTION SECONDAIRE	77 - 90	19
A. Participants	77 - 83	19
B. Contextes	84 - 90	20
V. CONCLUSIONS	91 - 95	22

INTRODUCTION

1. A sa trente-huitième session, et lors de l'examen de l'ordre du jour provisoire de sa trente-neuvième session, la Commission des stupéfiants, a décidé que le point de l'ordre du jour relatif à la réduction de la demande viserait spécifiquement la prévention primaire et secondaire de la demande illicite ainsi que les instances régionales d'experts sur la réduction de la demande. Le présent rapport a été établi en application de cette décision.

I. QUESTIONS THEORIQUES

A. Signification et incidences de la prévention primaire et secondaire

2. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la prévention primaire et secondaire de la manière suivante¹ :

Prévention primaire : vise à empêcher qu'un trouble, un processus ou un problème ne se produise.

Prévention secondaire : vise à reconnaître et, une fois qu'il est reconnu, à supprimer ou à modifier dans un sens positif et le plus rapidement possible un trouble, un processus ou un problème.

Prévention tertiaire : vise à enrayer ou à retarder la marche d'un trouble, d'un processus ou d'un problème et de ses séquelles, alors même que persiste la situation qui l'a suscité.

3. Dans le cas d'abus illicite de drogues, la prévention primaire vise à empêcher toute consommation illicite d'une substance contrôlée grâce à diverses mesures comme : le contrôle de l'offre illicite; le renforcement de l'amour-propre et la résistance aux pressions des camarades; des solutions de remplacement à l'abus illicite de drogues; l'éducation des personnes susceptibles d'abus des drogues sur les risques et problèmes probables de cette pratique, et en particulier ceux résultant de l'injection intraveineuse des drogues.

4. La prévention secondaire vise à aider ceux qui abusent des drogues à cesser de le faire. Il est possible d'y parvenir de très diverses manières, grâce notamment à la fourniture de brochures sur la désintoxication autonome des services-conseils et toute une série de méthodes thérapeutiques et, le cas échéant, des programmes de réadaptation.

5. La prévention tertiaire vise à limiter ou à réduire au minimum certains des plus graves effets d'une maladie, ou, dans le cas présent, d'un comportement pernicieux. Il peut s'agir de limiter l'étendue à la fois d'une maladie physique et d'un comportement délictueux par l'information et l'éducation des produits de remplacement, des soins et des conseils, des seringues ou une désintoxication. Cette forme de prévention peut être mise en parallèle avec celle de l'utilisation de la drogue licite qu'est la nicotine : on admet en effet depuis de nombreuses années qu'il est préférable de fumer des cigarettes à faible teneur en goudron, l'objectif ultime de santé étant cependant d'arrêter complètement de fumer.

6. Comme le souligne l'OMS, il est nécessaire de prévoir des politiques intégrées visant toutes ces stratégies. Cette approche est exposée dans une note du Secrétariat sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande (E/CN.7/1995/4) et a été adoptée par de nombreux Etats. Cette approche intégrée correspond à l'idée selon laquelle la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire visent, respectivement, à prévenir, à supprimer et à diminuer des effets nuisibles. Le présent document est axé sur la prévention primaire et secondaire; du fait qu'il décrit les programmes et méthodes intégrés existants, il aborde nécessairement toutefois, des aspects de la prévention tertiaire.

B. Causes et facteurs corrélatifs

7. Il importe de savoir pourquoi la demande illicite de drogues se développe dans certains secteurs de la population plutôt que d'autres, ce qui peut permettre d'élaborer des stratégies de prévention susceptibles d'avoir des effets sur les comportements réels ou potentiels. Les raisons avancées pour expliquer la demande illicite de drogues sont extrêmement nombreuses. Le problème est d'autant plus complexe que les raisons incitant à commencer d'avoir recours à une drogue illicite, à continuer de le faire de manière occasionnelle ou régulière et à devenir et continuer d'être dépendant sont probablement différentes². Qu'il vise à empêcher de commencer ou de continuer à prendre de la drogue, un programme doit être basé sur un ensemble d'hypothèses qui peuvent ne pas être toujours clairement formulées mais qu'on peut présumer, sans qu'elles correspondent toujours à la réalité. La réussite d'un programme d'intervention dépend essentiellement de la mesure où l'on analyse la demande illicite de drogues compte tenu de ce qu'elle représente pour l'individu, son réseau social immédiat et le contexte socioculturel élargi.

8. Outre les différentes étapes de la consommation illicite de drogues, la demande illicite peut être fortement influencée par le type de drogue considéré, ses caractéristiques et ses effets. Les raisons qui poussent à avoir recours à la méthylènedioxymétamfetamine (MDMA), à fumer de l'opium ou à s'injecter de l'héroïne peuvent être très différentes. Le contexte socioculturel élargi influe beaucoup sur la signification attribuée au comportement et une pratique peut être considérée déviante ou acceptable selon différents groupes de personnes. Il en est particulièrement ainsi lorsqu'il existe de longues traditions culturelles opposées ou favorables à la consommation de telle ou telle drogue. Il a été en outre constaté que les motivations de l'abus illicite de drogues variaient considérablement d'une société à une autre, et qu'au sein d'une même société la demande pouvait varier dans le temps en raison du changement dans la composition des groupes de consommateurs de drogues et du sens donné à l'abus illicite de drogues³.

9. De nombreuses études d'épidémiologie et d'étiologie ont été menées, essentiellement dans les pays développés, sur les facteurs de risque, ou à l'égard de l'abus illicite des drogues, facteurs corrélatifs de cet abus. Dans de nombreux pays en développement, les ethnologues font état de la consommation de drogues par les autochtones⁴. Le tableau ci-après présente les principaux facteurs de risque relevés à ce jour, en ce qui concerne les adolescents principalement mais, comme indiqué ci-dessus, ces facteurs peuvent être applicables plus largement par pondération. Le tableau indique d'autre part les facteurs de "protection" contre la demande illicite.

10. Pour un individu donné, la probabilité d'initiation à l'abus illicite de drogues semble augmenter exponentiellement avec le nombre de facteurs de risque auxquels il est exposé⁵. L'influence des différents facteurs est très variable mais l'exposition plus ou moins générale aux facteurs de risque a des effets sur le niveau d'incidences ou la proportion de nouveaux consommateurs de drogues illicites dans une population donnée.

11. En dépit des recherches menées pour cerner les facteurs corrélatifs de l'abus illicite de drogues, il y a au moins quatre cas spécifiques pour lesquels on ne dispose guère de données précises qu'il est possible de résumer comme suit⁶ :

a) Les facteurs de risque laissant prévoir les différents stades de consommation illicite de drogues autre que l'initiation, notamment la poursuite de la consommation, la progression dans une même catégorie de drogues, le passage d'une catégorie de drogues à une autre, la régression, l'abstinence, la rechute;

b) Les enchaînements de cause à effet reliant les facteurs de risque à la consommation illicite de drogues ultérieure;

c) L'interaction entre facteurs de risque et de "protection" aux différents stades d'évolution;

d) Les raisons pour lesquelles la plupart des personnes exposées à de multiples facteurs de risque ne finissent pas par consommer illicitement des drogues.

Malgré ces limites reconnues, le ciblage des facteurs de risque constitue une part importante de la prévention primaire dans de nombreux pays.

12. La notion de facteurs de risque laisse entendre qu'il est possible de prévenir l'abus illicite de drogues en évitant ou limitant de tels facteurs. Les sous-sections relatives au renforcement de l'efficacité des programmes, figurant aux sections II et III ci-après, font ressortir les incidences des facteurs de risque sur l'élaboration des approches de prévention primaire et secondaire

13. S'agissant d'élaborer une politique appropriée sur la base de la notion de facteurs de risque, il importe de faire la distinction entre causes et facteurs corrélatifs. Le fait qu'il y ait corrélation entre les facteurs énoncés au tableau 1 et l'initiation ne signifie pas qu'il y ait une relation de cause à effet. L'amélioration de ces facteurs n'entraînerait pas nécessairement une réduction du nombre de personnes se livrant pour la première fois à l'abus illicite de drogues, de la prévalence ou fréquence de cet abus, ni des risques pour la santé et la vie des intéressés. La consommation illicite de la plupart des drogues, en particulier si elle est fréquente, est en effet statistiquement rare dans la plupart des populations. De nombreuses personnes exposées aux facteurs de risque ou facteurs corrélatifs du tableau 1 ne franchissent pas le pas. En outre, certains de ces facteurs de risque, comme la pression de camarades, impliquent qu'il existe un processus déterminant, supposant un rôle passif de la part des consommateurs de drogues illicites. Ce type d'interprétation des facteurs de risque ne tient peut-être pas compte du fait que ce sont des affinités plutôt que des pressions qui sont dans ce cas à l'origine de la consommation illicite de drogues⁷.

14. Dans le contexte de la politique internationale en matière de drogues, il importe en outre de noter que la liste des facteurs de risque a été mise au point dans les pays industrialisés. Elle pourrait cependant s'appliquer à d'autres pays, y compris des pays en développement, mais avec une pondération différente des facteurs. Dans le cas des enfants des rues qui inhalent des solvants, le dénuement économique peut être l'un des facteurs de risque décisifs. Dans d'autres pays, la consommation illicite de drogues peut être principalement due aux modes de consommation traditionnelle ou de consommation illicite établie; ailleurs encore, la motivation peut être le profit, comme dans le cas des stimulants auxquels conducteurs de camion et de taxi sont amenés à avoir recours de manière à pouvoir travailler plus longtemps.

15. L'un des problèmes souvent associés aux théories causales et au recensement des facteurs de risque, découle de ce que l'on a tendance à ignorer ou à amoindrir les avantages et le plaisir découlant de l'abus illicite de drogues. Comme indiqué plus bas, cela peut discréditer les "donneurs de messages", à savoir les personnes ou l'organisme à l'origine d'un premier message de prévention. Il est possible d'envisager l'abus illicite de drogues en termes de coûts et d'avantages et de donner ainsi une base concrète à la prise de décisions. Il y a en outre lieu de souligner que les avantages ne sont pas objectifs et que les coûts ne le sont pas toujours, mais que les uns et les autres dépendent de la manière dont l'individu en question les perçoit. C'est ainsi que les fumeurs de basouco ou ceux qui reniflent de la cocaïne peuvent ne pas percevoir les risques que ces pratiques entraînent pour leur santé et n'en pas tenir compte.

16. Tels qu'ils sont perçus, les coûts et les avantages de la consommation illicite de drogues varient considérablement selon le type de drogues et les circonstances mais, compte tenu de ces paramètres, il est possible de faire quelques généralisations. Certains de ces avantages potentiels comprennent le plaisir découlant directement des effets psychopharmacologiques de la drogue et indirectement des meilleures performances que l'intéressé s'imagine pouvoir accomplir dans divers domaines; l'excitation de se livrer à un comportement à risque⁸; et les avantages sociaux pouvant provenir du fait d'être associé à un groupe ou catégorie se livrant à la consommation illicite de drogues⁹. Les coûts potentiels correspondants comprennent les effets éventuels sur la santé d'une toxicité aiguë ou chronique; le risque d'arrestation et de sanction; les répercussions sur les résultats des études ou le comportement professionnel; le danger, en cas d'arrestation, d'être expulsé de l'enseignement ou de perdre son emploi; le risque d'être stigmatisé comme consommateur illicite de drogues; et des sentiments de culpabilité pour être allé à l'encontre des parents, de la loi ou de la religion. Il est évident que l'importance relative de chacun de ces facteurs varie considérablement selon le temps et le lieu, les individus considérés et l'exactitude des informations sur lesquelles les décisions ainsi que les facteurs énumérés au tableau ci-après sont fondés.

**Facteurs de risque et de protection concernant l'initiation
des adolescents à la consommation illicite de drogues**

Facteurs de risque	Facteurs de protection
<i>Facteurs individuels</i>	
Comportements à problèmes de façon précoce et persistante	Aptitude à réagir
Aliénation et esprit de rébellion	Orientation sociale positive
Attitudes favorables à la consommation illicite de drogues	Intelligence
Consommation illicite précoce de drogues	Savoir-faire
<i>Facteurs familiaux</i>	
Attitude familiale à l'égard des drogues	Cohérence, affection ou chaleur durant l'enfance
Organisation familiale	
Faiblesse des liens familiaux	
Conflits familiaux	
<i>Facteurs scolaires</i>	
Echec scolaire	Engagement du personnel enseignant à l'égard des élèves et attitude culturelle opposée à la consommation illicite de drogues
Faible intérêt pour l'école	
<i>Facteurs liés aux relations de camaraderie</i>	
Rejet par les camarades dans les classes élémentaires	Association avec des camarades ne consommant pas de drogues illicites
Association avec des camarades consommant des drogues illicites	
<i>Facteurs liés au contexte</i>	
Disponibilité	Normes, convictions et règles de comportement opposées à la consommation illicite de drogues
Normes culturelles	
Dénuement économique extrême	
Manque d'organisation du voisinage	

Source : Adapté de J.D. Hawkins, M.W. Arthur et R.F. Catalano, "Preventing substance abuse", dans *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry et D. Farrington (directeurs de publication), Chicago, University of Chicago Press, 1995, tableau 1, p. 371 à 379.

17. Etant donné l'importance de la manière dont sont perçus les coûts et les avantages ainsi que d'autres facteurs pertinents, il se peut qu'on décide de consommer illicitement des drogues pour des motifs essentiellement rationnels dans le cadre des informations disponibles, de même que bien des personnes continuent de consommer des substances licites, comme l'alcool et le tabac, et d'en abuser, tout en étant conscientes des risques potentiels correspondants pour leur santé¹⁰.

C. Mesure de l'efficacité

18. Les interventions - campagnes publicitaires, éducation, pressions de camarades, avis et conseils, traitement, réadaptation - peuvent être efficaces mais il n'est guère facile de déterminer cette efficacité en particulier à court terme. A certains égards, l'évaluation de l'efficacité de l'intervention peut être plus coûteuse que l'intervention elle-même¹¹. Il est en effet difficile de mesurer avec précision l'efficacité d'une intervention conçue pour changer le comportement. Dans de nombreux cas, on ne connaît pas les répercussions éventuelles sur la vie des intéressés et la prise de décisions, et on n'a aucun contrôle sur ces répercussions. Dans le souci toutefois de montrer qu'il n'y a pas de gaspillage de fonds, on mesure les résultats des programmes à titre d'indicateurs. Ces indicateurs ne doivent cependant pas être pris pour des mesures de l'efficacité des effets d'une stratégie d'intervention spécifique. Quant aux moyens de mesurer et d'évaluer les interventions, il convient de tenir compte de l'approche de Popper car il arrive souvent que, s'il est difficile de mesurer ou de savoir ce qui est efficace, il est possible de mesurer et de savoir ce qui ne l'est pas¹².

19. L'expérience acquise dans le domaine de la prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la consommation de tabac indique qu'une série d'interventions à long terme porteuses du même message a probablement plus d'impact qu'une seule intervention. Il y a eu des changements sensibles et mesurables dans le comportement des hommes homosexuels et des toxicomanes par voie intraveineuse dans certaines régions du monde où d'importantes interventions ont eu lieu pour empêcher la propagation de l'infection par le VIH. Ce succès a été principalement dû à ce que les messages et l'aide provenaient de sources qui étaient crédibles et fiables et comptaient avec le concours des intéressés eux-mêmes.

20. Plusieurs questions essentielles peuvent se poser pour chaque intervention et notamment celle de savoir si on a bien atteint les personnes visées et, dans l'affirmative, si le message a été compris. Si c'est le cas, il importe de vérifier s'il a été convaincant. Il convient en outre de savoir si les services fournis s'adressent à une population cible clairement définie, si c'est la population cible la plus appropriée et si elle a été atteinte. Ces questions font ressortir de nombreux points qui sont autant de conditions préalables à la mise en oeuvre d'une méthode déterminée et à l'évaluation ultérieure des incidences correspondantes sur le comportement. L'évaluation de l'efficacité peut être particulièrement problématique en l'absence de critères universellement reconnus à cet effet, comme dans le cas de l'efficacité d'un traitement.

21. Deux indicateurs sont souvent utilisés pour justifier des programmes de lutte contre la drogue. Il s'agit du nombre de personnes auxquelles le programme s'adresse et de la quantité d'informations communiquées aux bénéficiaires. Aucun de ces deux indicateurs ne mesure cependant l'efficacité des programmes. De nombreux programmes, comme les campagnes publicitaires nationales et les programmes d'éducation scolaires sur la drogue, sont considérés comme ayant réussi s'ils atteignent un grand nombre de personnes. En ce qui concerne leur efficacité, toutefois, la plupart des campagnes publicitaires nationales sur la drogue échouent dans la mesure où elles visent à modifier des comportements, essentiellement parce qu'elles sont trop largement ciblées. Elles peuvent cependant avoir d'autres objectifs non formulés, comme par exemple de sensibiliser l'opinion publique à l'importance de la consommation illicite de drogues, au danger qu'elle représente pour les enfants et les jeunes ainsi qu'à la nécessité d'entreprendre une action à ce sujet, en prévoyant, notamment, des établissements de traitement. Dans de nombreuses sociétés, les rares ressources sont orientées vers des problèmes sanitaires et sociaux plus urgents que la consommation illicite de drogues. Même dans les pays très développés, le fait de consacrer une part des ressources publiques limitées à des individus considérés comme transgresseurs de la loi et à l'origine de leurs propres problèmes, n'est pas

toujours largement accepté. C'est pourquoi certaines campagnes nationales peuvent être axées sur la prévention de l'abus illicite de drogues tout en tendant, en second lieu, à persuader un public récalcitrant de l'importance de dégager des fonds pour aider les toxicomanes.

22. Les recherches suggèrent que l'accroissement du volume des informations disponibles est sans effet sur les comportements. Un supplément d'informations n'amène pas en effet nécessairement les jeunes à prendre des décisions conformes aux points de vue des personnes à l'origine de ces informations.

23. Il existe un nombre considérable de documents sur les méthodes d'évaluation des traitements¹³. Bon nombre de ces évaluations sont cependant contradictoires quant à leurs résultats. Cela tient à ce que la méthode classique d'examen des différences entre les divers traitements (désignation au hasard des groupes en traitement et des groupes ne suivant pas de traitement) ne peut être utilisée pour des raisons éthiques. Même dans les quelques cas où le traitement a été efficace, les données ont été trop peu nombreuses ou l'échantillon trop peu représentatif pour permettre de tirer des conclusions fermes¹⁴. Il a en outre été noté que les études d'évaluation continuaient de se heurter à d'importants problèmes de conception¹⁵.

24. Il a été réalisé de nombreuses études comparatives sur les conditions de traitement, au cours desquelles les patients ont été testés en fonction de plusieurs variables (comme l'importance de l'abus illicite de drogues, la gravité des infractions commises, la vie professionnelle, l'état de santé) avant, durant et après le traitement¹⁶. Cette manière de procéder a fait toutefois l'objet de critiques selon lesquelles la personne dépendante enregistre sans doute durant la période précédant immédiatement le traitement des résultats supérieurs à ceux qu'elle aurait obtenus six mois, par exemple, auparavant¹⁷. On s'est efforcé de surmonter ce problème grâce à une approche longitudinale, mais cette méthode a un coût élevé et entraîne des difficultés considérables en matière de suivi à long terme¹⁸. Il y a parallèlement lieu de noter que, malgré une convergence croissante, il n'existe pas encore de consensus au sujet des indicateurs de base à inclure dans ces évaluations¹⁹.

25. Outre les questions de méthodes, il y a celles qui se rapportent aux objectifs du traitement. L'abstinence comme but unique ou principal a été abondamment traitée dans divers ouvrages²⁰. Il a toutefois été avancé que le fait "d'affranchir entièrement un toxicomane de la consommation d'opiacés ou de toute drogue illicite n'est qu'un critère de réussite. Il n'est en effet pas possible d'ignorer les comportements délictueux des toxicomanes, leurs difficultés psychologiques et d'autres aspects de leur vie. Les différents modes de vie et les problèmes correspondants font qu'il est nécessaire de mesurer les améliorations obtenues à plusieurs égards... Un traitement provoquant une amélioration est plus ou moins efficace. L'efficacité d'un traitement n'est donc pas une question d'échec ou de réussite : il s'agit de savoir quel est le degré d'amélioration atteint, de la part de combien de patients, et au bout de combien de temps"²¹.

26. Dès qu'on envisage de fixer des buts intermédiaires et de mesurer des résultats autres que l'arrêt immédiat de l'abus illicite de drogues, on entre dans le domaine de la prévention tertiaire. Il y a en réalité un enchaînement entre les préventions primaire, secondaire et tertiaire. Qu'on le reconnaisse ou pas, le processus tendant à s'affranchir de la drogue entraîne de nombreux avantages pour l'individu et la communauté. En se fixant dans tous les cas l'objectif de se libérer de la drogue, on risque de ne pas tenir compte de bien d'autres avantages d'une intervention et de considérer comme un échec, une intervention qui a en réalité permis d'obtenir de nombreux résultats, ne serait-ce que pendant une courte période²². Des données des Etats-Unis, où l'on a peut-être effectué le plus grand nombre de recherches en la matière, font ressortir un taux de rechute de 80 % trois mois après la fin du traitement. Ces mêmes données peuvent être néanmoins également interprétées comme faisant apparaître un taux de réussite de 20 % et la nécessité de traitements répétés par le reste des intéressés, et il est aussi possible que, durant la période de traitement et le temps précédant la rechute, il se dégage d'autres avantages certains pour l'individu et la communauté.

II. PREVENTION PRIMAIRE

A. Renforcement de l'efficacité des programmes

27. Les principes présentés plus haut indiquent que la prévention primaire doit répondre aux différents types de drogues dans des contextes spécifiques. Ainsi, une campagne faisant, explicitement ou implicitement, l'amalgame entre consommation de cannabis et injection d'héroïne par voie intraveineuse perd de sa crédibilité car on sait que ces deux pratiques ne comportent pas les mêmes risques de morbidité et de mortalité.

28. Le premier principe pour rendre ces programmes efficaces est qu'ils doivent tenir compte des besoins, convictions et points de vue de la population qu'ils visent. Si les programmes ou politiques ne sont pas en harmonie avec le groupe de personnes dont ils cherchent à infléchir le comportement, on ne saurait s'étonner de leur inefficacité²³. S'il est difficile d'atteindre certains consommateurs de drogues illicites, cette difficulté n'est pas insurmontable²⁴.

29. Une fois la population cible définie, une des méthodes possibles est d'atténuer nombre de facteurs de risque recensés au tableau ci-dessus. Indépendamment des politiques en matière de drogues, il s'agit là d'un objectif largement accepté de politique sociale, notamment en matière d'éducation et de protection. Ces facteurs qui sont entre autres les comportements à problèmes précoces et persistants, l'aliénation et l'esprit de rébellion, certaines formes d'organisation familiale, la faiblesse des liens familiaux, les conflits familiaux, l'échec scolaire, le manque d'intérêt pour l'école, le rejet par les camarades, le dénuement économique extrême et le manque d'organisation du voisinage, ne relèvent pas uniquement des politiques en matière de drogues. Ainsi, bien des facteurs de risque en corrélation avec une demande illicite de drogues correspondent à ceux mis en évidence par les recherches en matière de délinquance juvénile et de "carrière criminelle" pour certains types d'infraction. En ce qui concerne l'élaboration de programmes de prévention primaire, l'identification de certains facteurs corrélatifs de l'initiation n'en fait pas nécessairement des facteurs cibles pour les politiques de lutte contre l'abus des drogues.

30. Compte tenu des paramètres et des difficultés signalés plus haut, un ensemble de programmes de prévention primaire a été élaboré. La réduction des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de prévention constituent un bon point de départ pour mettre en oeuvre des activités de prévention. Les principes de base en matière d'activités de prévention primaire sont les suivants²⁵ : a) axer l'action sur les facteurs de risque connus; b) tout en réduisant les risques, renforcer les facteurs de protection connus; c) prendre en considération les facteurs de risque et de "protection" aux stades appropriés; d) agir tôt, avant que le comportement visé ne se consolide; e) tenir compte des personnes exposées à des risques élevés; f) faire face aux multiples facteurs de risque au moyen de stratégies multiples. Ces principes sont brièvement présentés ci-dessous. Tous ou certains d'entre eux inspirent implicitement de nombreux efforts de prévention primaire déployés à ce jour.

B. Types de programmes

1. Campagnes de sensibilisation

31. Les médias constituent des instruments impressionnants d'information et de propagande pour modifier les attitudes et comportements dans divers domaines. Leur efficacité ne passe pas nécessairement par des arguments rationnels ou des informations adéquates. L'histoire politique et l'industrie de la publicité montrent de manière déterminante que l'efficacité d'un programme dépend des cinq critères suivants : la crédibilité du message; la crédibilité du donneur de message; les moyens de diffusion du message; l'absence d'un fort message contraire; et l'absence d'autres sources d'information pouvant contredire le message. L'importance de chacun de ces facteurs varie selon les circonstances.

32. Les campagnes de sensibilisation visent à modifier les normes sociales touchant à la demande illicite. La principale technique utilisée à cet égard, tant pour la prévention primaire que tertiaire, consiste à faire passer l'information au moyen de messages publicitaires, à la télévision, à la radio, dans la presse écrite et par voie d'affichage ou de prospectus. Les modalités et possibilités de mise en oeuvre de ces programmes dépendent de la situation locale, qui varie beaucoup selon les Etats. Pour atteindre les objectifs, de prévention, les campagnes de sensibilisation n'ont pas nécessairement à avoir un caractère entièrement éducatif ni être entièrement exactes quant au fond.

33. La plupart des campagnes de prévention primaire sont directement confrontées à des influences culturelles et autres qui stimulent ou tolèrent la demande illicite. La consommation de drogues illicites, souvent liée à l'image de personnalités, notamment des artistes en vogue, peut tenter ceux qui associent une telle consommation aux qualités de ces personnalités. De même, le matériel et les connaissances nécessaires à la production illicite sont largement réponsus. Le matériel servant à la culture hydroponique fait l'objet d'une publicité ouverte puisqu'il peut être utilisé à des fins aussi bien licites qu'illicites. Divers "livres de recettes" de stimulants du type des amfetamines et des "tuyaux" pour cultiver chez soi le cannabis sont des exemples d'informations de plus en plus largement disponibles par le biais des moyens de communications électroniques ou d'ouvrages imprimés. Tant les partisans que les adversaires de la consommation de drogues illicites peuvent faire du prosélytisme. Dans la mesure où ils sont liés aux gains provenant du trafic et de la vente de drogues illicites, ces circuits d'information continueront probablement de fonctionner et de s'étendre même de pair avec l'essor global des techniques de production de drogue et de l'accès à l'information.

34. Dans certains cas, des campagnes de sensibilisation seraient allées à l'encontre des objectifs recherchés, notamment au Royaume-Uni où la campagne "Heroin screws you up" diffusée dans divers médias, n'aurait eu aucun effet de prévention, selon l'évaluation indépendante qui en a été faite²⁶. Le fait que les moyens de sensibilisation, d'éducation ou autres, destinés à prévenir ou à réduire la demande illicite risquent d'attirer l'attention de certains secteurs de la population sur la possibilité et les moyens de consommer des drogues proscrites est une question difficile qui reste à résoudre.

35. Aux Etats-Unis, certains indicateurs tendent à faire ressortir une réduction globale de la demande au cours des dernières années dans certaines catégories de population²⁷. On ne sait cependant pas si cela est dû à des mesures de prévention primaire ou, comme cela a été suggéré, à divers facteurs, notamment le fait que les personnes interrogées ne seraient guère disposées à déclarer qu'elles consomment des drogues illicites²⁸. En même temps, selon d'autres indicateurs, la demande illicite se serait accrue dans les secteurs de la population se livrant déjà à l'abus des drogues²⁷. Une tendance plus générale favorable à des comportements plus sains, une réduction de la consommation licite de nicotine et une évolution générale du mode de vie peuvent avoir indirectement eu une influence sur l'attrait de la consommation de drogues illicites. Par ailleurs, des comportements plus sains, notamment la baisse de la consommation de nicotine et de viande et l'accroissement des activités physiques pouvant être également interprétées comme entraînant une moindre consommation de drogues illicites.

2. Programmes périnataux et préscolaires

36. Divers programmes périnataux et préscolaires visant des facteurs de risque spécifiques ont été récemment lancés afin de réduire la demande illicite remontant à l'enfance. Toutefois, le plus souvent, ils visent davantage des facteurs d'ordre général que des facteurs spécifiques à la drogue. Au lieu d'être liés à l'abus de drogues illicites, ces programmes portent plutôt sur des facteurs cibles des initiatives de politique sociale, comme le dénuement social, la protection de l'enfance et diverses questions de santé et d'éducation. Si on est en général d'accord sur la nécessité de régler ces problèmes, il n'y a pas de consensus sur les moyens d'y parvenir, et l'objectif de prévenir l'apparition de l'usage de drogues illicites ne constitue qu'une priorité relativement mineure de ces programmes.

37. Les programmes périnataux prévoient des interventions axées sur les femmes enceintes et les nouveau-nés visant à détourner, bien des années plus tard, ces enfants de la consommation de drogues illicites. Cela suppose de cibler certains facteurs de risque comme le dénuement économique et les conditions qui influent sur la santé et le développement des enfants. On a, par ailleurs, estimé que l'exposition prénatale aux drogues illicites et divers facteurs, comme la naissance avant terme, un faible poids à la naissance et de mauvaises relations, pendant la petite enfance, entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui, étaient préjudiciables au développement ultérieur de l'enfant et constituaient des signes avant-coureurs des facteurs de risque figurant au tableau ci-dessus²⁹. Les interventions préscolaires visent entre autres à réduire les facteurs de risque et à accroître les facteurs de protection pendant la petite enfance. Ils prévoient notamment des activités destinées à développer l'aptitude à l'apprentissage et les capacités linguistiques et sociales nécessaires plus tard à l'école.

38. A ce jour, on dispose de peu d'évaluations statistiques fiables sur ces méthodes. Cela est dû en partie à la longue période de suivi nécessaire pour savoir si ces interventions ont eu, une ou deux décennies plus tard, des incidences sur la consommation éventuelle de drogues illicites par les enfants considérés. Toutefois, l'absence d'évaluation peut également refléter le fait que la prévention de la consommation de drogues illicites ne constitue souvent qu'un élément secondaire des programmes sociaux d'une portée plus générale. On mentionne le cas de programmes préscolaires qui ont permis de réduire les risques et d'améliorer le comportement social à l'école mais, jusqu'à présent, leur incidence sur la consommation de drogues illicites n'a pas été évaluée³⁰. Si les améliorations enregistrées dans les services périnataux et l'éducation préscolaire sont méritoires, le mécanisme de prévention de la consommation de drogues illicites à partir de l'adolescence est faible en raison de l'influence d'un grand nombre de paramètres variables au cours des années intermédiaires.

3. Education à l'école

39. D'une manière générale, l'éducation à l'école comporte deux types de stratégies pour faire face au problème de la demande illicite en fournissant, d'une part, des informations tendant à modifier certaines attitudes puis le comportement et, d'autre part, une aide personnelle visant à permettre à chacun d'acquérir les aptitudes nécessaires pour surmonter les difficultés de l'existence et résister aux encouragements de ses camarades à consommer des drogues.

40. L'inspiration de la crainte et les méthodes de choc, auxquelles on avait recours autrefois, se sont avérées contre productives et sont maintenant largement abandonnées. La crédibilité du donneur d'information est compromise lorsque le destinataire sait qu'elle est inexacte compte tenu des données dont il dispose, et ce dernier ne tiendra donc pas compte du message considéré ni des messages futurs. Plus la consommation de drogues est répandue parmi les jeunes, moins ils seront sensibles à la peur compte tenu de leurs autres sources d'information. Il ne semble pas qu'informer suffise pour infléchir la consommation de drogues. D'autres méthodes visent entre autres à renforcer la capacité à refuser cette consommation, diverses aptitudes sociales et la faculté de prendre des décisions, ainsi qu'à accroître l'amour-propre. En outre, d'autres solutions ont été encouragées, comme des activités assez prenantes pour servir d'exutoire à la consommation de drogues illicites³¹.

41. On a enregistré un accroissement régulier du nombre de programmes d'éducation en matière de drogue dispensés à l'école prévoyant de moins en moins l'intervention spécifique isolée de spécialistes de l'extérieur au profit des enseignants eux-mêmes auxquels on laisse le soin d'aborder les divers aspects d'une bonne hygiène de vie, plaçant ainsi dans une perspective plus large le problème de la consommation de drogues illicites. Les simples programmes d'information se sont révélés inefficaces. Les recherches menées dans divers pays ont toujours montré que l'accroissement des connaissances n'a virtuellement eu aucun effet sur la consommation de certaines substances ou sur l'intention de s'adonner à la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues dans un proche avenir.³² L'approche plus large de l'éducation en matière de drogues a permis

de retarder l'initiation à la drogue, qui est fortement liée à la fréquence ultérieure de cette consommation comportant des risques pour la santé. On a estimé par exemple que le tabac, en particulier, semble être une drogue importante qui peut conduire à la longue à la consommation de stupéfiants³³.

42. Nombre de programmes de prévention mis en oeuvre à l'école ont été considérés efficaces. Deux évaluations à grande échelle de programmes d'influence sociale, à savoir un programme de formation visant à faire face aux difficultés de l'existence et une étude en collaboration avec l'OMS, ont montré qu'on ne saurait nécessairement accorder une importance pratique à une différence sensible ressortant statistiquement du suivi d'un groupe faisant l'objet d'un programme de prévention par rapport à un groupe témoin³⁴.

43. Une analyse globale de 143 programmes de prévention contre la drogue visant des adolescents a fait apparaître l'efficacité particulière des programmes conduits par les adolescents eux-mêmes. Seuls ces programmes ont permis d'enregistrer une évolution dans le sens de l'objectif ultime consistant à réduire l'abus des drogues, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse à la base de la plupart des programmes d'éducation en matière de drogue, à savoir qu'un changement de comportement passe nécessairement par un changement d'attitudes. Les modes de consommation de drogue ont en effet changé sans un changement concomitant d'attitudes³⁵. Les résultats des programmes d'éducation en matière de drogue menés par des membres du groupe et mettant l'accent tant sur le renforcement des capacités que sur l'éducation proprement dite, semblent prometteurs³³. Au Royaume-Uni, il s'est avéré que les programmes conduits, en dehors de l'école, par des membres des groupes visés et tendant à lutter contre la demande illicite d'amphétamines, pouvaient dissuader de consommer de l'héroïne ou de passer à l'injection d'héroïne, mais étaient probablement moins efficaces dans le domaine de la prévention primaire³⁶. Cette méthode pourrait donc inopinément conduire à d'heureux résultats en matière de prévention tertiaire.

44. Les preuves de l'efficacité des activités pouvant servir d'exutoire à l'abus des drogues sont contradictoires. Si certains indices suggèrent l'inefficacité de ces activités, l'analyse globale susmentionnée en fait ressortir le succès auprès de certains secteurs de la population et, bien intensives et coûteuses, de telles activités ont permis de modifier le comportement d'un secteur de la population qui semblait bien réfractaire³⁵.

45. Aux Etats-Unis, il semble qu'on puisse tirer des enseignements importants du programme DARE (programme d'éducation à la résistance à l'abus des drogues) pour ce qui est de la prévention primaire à l'école. On a eu recours à des officiers de police spécialement formés pour inculquer aux enfants diverses méthodes leur permettant de résister à la tentation de s'adonner aux drogues illicites, en influant sur leurs attitudes, convictions et comportement³⁷. Le programme DARE a pour principal objet de donner à ces enfants la capacité à résister aux encouragements de camarades et de dire "non" aux drogues. Créé en 1983 à Los Angeles, il s'est étendu aux 50 Etats des Etats-Unis et à 6 autres pays. Son rapide essor montre à quel point on l'a considéré comme un modèle de prévention à l'école et plusieurs évaluations préliminaires amplement diffusées, ont fait apparaître des résultats favorables³⁸, notamment les évaluations de projets spécifiques tels que les projets SMART³⁹ et ALERT⁴⁰. On sait cependant aujourd'hui que nombre des évaluations préliminaires de DARE, qui avaient donné de bons résultats, comportaient des lacunes dues à une série de problèmes d'ordre méthodologique, notamment celles déjà mentionnées dans le présent rapport au sujet de l'efficacité de ces programmes. Dans une évaluation effectuée en 1994, il a été signalé "d'importantes lacunes méthodologiques d'une manière générale en raison du recours à des méthodes de sondage non aléatoire, de l'absence de pré-évaluations, d'échantillons trop restreints, des mesurages non fiables et d'un manque de contrôle statistique dans l'analyse"⁴¹.

46. L'échantillonnage de grande ampleur utilisé ultérieurement dans une étude longitudinale aléatoire est probablement l'évaluation statistique la plus approfondie et sophistiquée de la prévention primaire à l'école. L'évaluation indépendante publiée en 1994 a indiqué, contrairement à ce que l'on croit trop souvent et aux spéculations théoriques, que :

"L'efficacité du programme reste à démontrer... DARE n'a pas eu d'importants effets statistiquement significatifs sur les comportements de ceux qui se livrent à l'abus des drogues et n'a eu guère d'incidence sur les attitudes ou convictions relatives sur drogues"⁴².

47. Une étude sur l'éducation en matière de drogue dans plus de 100 écoles en Ecosse a conduit à des conclusions similaires à celles concernant la plupart des activités menées aux Etats-Unis. Il est conclu, dans le rapport d'évaluation, que "les évaluations faites en cours du processus indiquent que les élèves ont une idée relativement favorable de cette éducation. Il n'en reste pas moins que les résultats font en définitive ressortir qu'un faible impact"⁴³. Il est d'autre part conclu dans le rapport qu'"il convient néanmoins de noter que la plupart des élèves pris en compte dans l'étude ne s'intéressaient aucunement à la consommation de drogues... Il importe également d'indiquer qu'aucune évaluation n'a fait apparaître que l'éducation en matière de drogue ait conduit à un accroissement de la consommation de drogues"⁴³.

48. Il est ressorti des activités relatives à la prévention primaire à l'école qu'elles pourraient être plus bénéfiques en étant davantage axées sur les facteurs directement liés à la consommation illicite de drogues, plutôt que sur une formation plus générale à des aptitudes d'ordre social et au renforcement de l'amour-propre, étant donné que la grande variété de méthodes utilisées risque d'édulcorer plutôt que d'affermir les stratégies de résistance à la drogue. Il se peut toutefois, dans la pratique, que d'autres aspects de cette approche, non spécifiques aux drogues, soient susceptibles de permettre d'atteindre d'autres objectifs de la politique sociale et éducative. Il est d'autre part ressorti d'une évaluation que le simple fait qu'un programme ait une orientation sociale, bénéficie d'un large appui et soit doté de ressources importantes ne saurait garantir de bons résultats⁴⁴. Sans une politique cohérente, les enseignants risquent de finir par adopter, en matière de prévention, des pratiques dépourvues d'effets et même nuisibles⁴⁵.

49. Les programmes d'éducation en matière de drogue menés à l'école se heurtent à certaines difficultés pour ce qui est de cibler les secteurs de population les plus enclins à consommer des drogues illicites. Il apparaît que les élèves qui manquent à l'école sont les plus susceptibles de consommer des drogues illicites et de sombrer dans d'autres formes de délinquance juvénile, ce qui pose des problèmes méthodologiques en ce qui concerne, d'une part, les études effectuées à l'école sur la consommation illicite de drogues et, d'autre part, les interventions dans ce domaine. Si les élèves qui courent le plus de risques manquent à l'école, les programmes menés à l'école pourront ne paraître efficace que parce qu'ils ne touchent pas les élèves les plus exposés à la consommation illicite de drogues.

4. Programmes en faveur des jeunes

50. Les différents volets des programmes en faveur des jeunes concernant la sensibilisation et l'éducation des jeunes aux questions ayant trait à la drogue sont examinés ailleurs dans le présent rapport. La présente sous-section porte donc sur les activités de ces programmes visant à détourner les jeunes de l'abus des drogues et à réduire la possibilité de s'y adonner en les occupant davantage à d'autres activités licites. Cette méthode se heurte à diverses difficultés, principalement du fait que le mécanisme de prévention n'est pas axé sur la population cible ou n'est pas assez efficace pour atteindre les objectifs de prévention primaire⁴⁶.

51. L'approche de nombre de programmes en faveur des jeunes, notamment les centres pour la jeunesse et des activités extrascolaires, sportives ou autres, est générale plutôt que spécifique. Sans qu'il soit fait de distinction entre les jeunes à risque et les autres, l'essentiel des ressources est consacré aux jeunes qui, même s'ils n'avaient pas bénéficié de ces programmes, n'auraient pas suscité de demande illicite de drogues. En outre, les jeunes les plus à risque sont également les moins susceptibles de participer à ces programmes.

52. Toutefois, lorsque d'autres types de programmes visent des groupes de population spécifiques, leur taux de réussite est aussi élevé que celui des programmes menés par des membres des groupes cibles et aboutissent à de meilleurs résultats que les programmes conventionnels d'éducation en matière de drogue³⁵. Sont fructueux les programmes qui ont été adaptés aux besoins de chacune des personnes visées et ceux pour lesquels il a été prévu des activités destinées à améliorer les compétences personnelles, notamment

l'apprentissage de la lecture et l'acquisition de qualifications professionnelles, ainsi que des activités physiques.

5. Dépistage de drogue

53. Il y a quatre raisons principales d'avoir recours à des tests de dépistage de drogue pour déterminer si une personne a consommé ou non des drogues illicites, à savoir : décourager la consommation de drogues, s'assurer qu'un traitement est suivi, vérifier que les capacités normales de la personne ne sont pas diminuées et évaluer les tendances de la demande. On estime que l'existence d'un programme de dépistage peut permettre de décourager la consommation illicite de drogues, en particulier si cette consommation a une incidence en matière professionnelle. Ce dépistage peut alors être considéré comme relevant tant de la prévention primaire que secondaire étant donné qu'il peut dissuader de commencer à consommer des drogues et encourager l'abandon de cette pratique. Il peut également permettre de s'assurer qu'un traitement prescrit est suivi et qu'une personne est capable de faire fonctionner des machines ou de conduire des véhicules. Ce dernier cas est d'une importance majeure lorsqu'il s'agit de fonctions pouvant affecter de nombreuses autres personnes, comme dans le cas de pilotes d'avion, de capitaines de navires, de chauffeurs d'autobus ou de toute autre personne ayant la responsabilité d'autres personnes. La question de savoir si ce dépistage est dissuasif est loin d'être tranchée⁴⁷. C'est dans la marine des Etats-Unis que les programmes de dépistage ont été les plus intensifs et fructueux⁴⁸, mais savoir si ces programmes conviendraient à d'autres catégories de population, en particulier la population carcérale, est une autre affaire⁴⁹.

54. La fiabilité de certaines techniques de dépistage a été contestée. La plupart de ces techniques relevaient tout d'abord de l'immunodosage, qui ne peut être vérifié que par une chromatographie en phase gazeuse, conjuguée avec la spectrométrie de masse⁵⁰. Cette méthode n'est cependant guère utilisée, en particulier en raison de son coût, et les décisions sont donc prises sur la base de tests qui peuvent donner de faux résultats positifs, certaines personnes étant ainsi signalées de manière erronée comme des consommateurs de drogue.

III. PREVENTION SECONDAIRE

A. Renforcement de l'efficacité des programmes

55. Il apparaît de plus en plus que l'efficacité d'un programme dépend, non pas de la catégorie dont il relève mais de la mesure dans laquelle il est adapté aux besoins de l'individu, et que l'efficacité de la prestation de service est fonction non pas du type de ce service mais de sa qualité. Ainsi, la flexibilité du programme, la qualité du personnel et le moral des patients et du personnel peuvent avoir plus d'influence sur les résultats que la nature véritable du service fourni⁵¹. Reste également un problème chronique, qui est celui de déterminer ce qui est efficace. Il n'existe pas en effet de critères convenus qui permettent de mesurer le succès de ces programmes. Nombre de programmes de traitement sont considérés comme fructueux lorsque le patient suit entièrement le traitement; ainsi, si les patients s'abstiennent de consommer des drogues lorsqu'ils achèvent le programme, on estime qu'ils ont été traités avec succès. Parfois, cependant, on ne considère que le traitement a été mené à bien que si le patient s'abstient de consommer des drogues pendant une période de temps déterminée. Là encore, il n'existe pas de critère convenu de durée. Certaines études de suivi s'étendent sur trois mois, d'autres sur six mois et d'autres encore sur trois ans. Dans ce cas aussi, il n'existe pas de critère convenu permettant de déterminer quel type de comportement constitue un succès. Ainsi, si un héroïnomanie a suivi un programme de désintoxication et qu'il consomme ensuite du cannabis, s'agit-il d'un succès ou d'un échec? Si cette personne se met à boire beaucoup d'alcool, parlera-t-on d'échec?

56. Les modalités de traitement et de réadaptation, dans le cadre de la prévention secondaire ont été principalement mises au point à l'égard de la demande licite et illicite d'opiacés, notamment l'héroïne. Plus récemment, diverses méthodes de prévention secondaire ont été utilisées pour réduire la demande illicite d'autres drogues engendrant une dépendance lorsqu'une telle dépendance a été relevée dans un secteur de la

population. Il convient de noter que l'essentiel de la demande illicite de certaines drogues interdites, comme le cannabis, la diéthylamide de l'acide lysergique (LSD) et le groupe "ecstasy" MDMA ne sont pas visées par la prévention secondaire. La réduction de la consommation de ces drogues fait habituellement l'objet de programmes de prévention tertiaire qui mettent en évidence les éventuelles conséquences nocives pour la santé liées à une toxicité aiguë et chronique pouvant découler d'une consommation illicite compulsive, fréquente et continue.

57. Le traitement et la réadaptation ne peuvent être mis en oeuvre que dans la mesure où l'on atteint le groupe cible de consommateurs de drogues illicites. D'ordinaire, on a recours au système médical, c'est-à-dire aux médecins et aux hôpitaux avec lesquels ces consommateurs de drogues illicites entrent en contact. On a également recours à des efforts de sensibilisation et à des activités au sein de la communauté pour toucher ces personnes, parallèlement à des activités de prévention tertiaire. Il apparaît que les efforts de sensibilisation fondés sur la prévention tertiaire peuvent toucher des secteurs plus marginalisés de la population où la consommation de drogues par voie intraveineuse est plus fréquente⁵². Il est donc possible que, dans certains cas, la crédibilité des techniques de prévention tertiaire visant à contribuer à réduire les risques de santé qu'encourent les consommateurs de drogues permette de mettre en oeuvre la prévention secondaire plus directement axée sur la réduction du niveau de la demande illicite.

58. Une étude indépendante a été récemment menée pour déterminer le rapport coût-efficacité des programmes de prévention, notamment les programmes de traitement assurés à titre externe ou en milieu hospitalier, en ce qui concerne les stratégies de réduction de l'offre destinées à réduire la consommation illicite. L'analyse comparative de diverses stratégies n'a été que peu utilisée dans nombre de domaines de la politique en matière de drogues. Le peu d'éléments dont on dispose laisse penser que ce type d'analyse pourrait constituer un domaine de recherche prometteur. Il est ressorti de l'étude susmentionnée que le programme de contrôle de l'offre le moins coûteux (application à l'échelon interne) revient 7,3 fois plus cher qu'un traitement visant la même réduction de consommation⁵³. Si les connaissances actuelles concernant cette perspective analytique sont limitées, cette perspective pourrait, dans les années à venir, constituer une base intéressante pour analyser le montant de ressources à allouer au titre d'activités de prévention et de réduction de l'offre, aux niveaux national et international.

B. Types de programmes

59. Les consommateurs de drogues illicites disposent d'une large gamme de traitements comprenant notamment l'administration régulière de méthadone (ou désintoxication à long terme), la désintoxication, les communautés thérapeutiques, des services-conseils visant à l'abandon de la consommation de drogues, la médecine ayurvédica et l'acupuncture. L'efficacité du traitement dépend étroitement de son adéquation aux besoins des patients, en ce qui concerne à la fois la drogue considérée, le type de consommation illicite (consommation occasionnelle ou entraînant une dépendance, absorption orale ou injection), les besoins de l'intéressé et le contexte culturel de la consommation illicite. Le type de traitement disponible dépend habituellement de ce qui est culturellement acceptable et des personnes ou des professions chargées du problème. Dans les pays où les psychiatres sont responsables du traitement, les méthodes psychothérapeutiques et médicales prévalent; lorsque la consommation illicite de drogues entraînant une dépendance est considérée comme le résultat d'un état d'esprit, l'accent est mis davantage sur cet aspect du comportement humain.

60. On reconnaît d'une manière générale, on reconnaît qu'il existe différentes méthodes adaptées aux consommateurs de drogues non dépendants et dépendants. Le consommateur dépendant est en proie à des rechutes chroniques, dans lesquelles entrent en ligne de compte des facteurs biologiques, socioculturels, économiques et psychologiques qui contribuent tous à la toxicomanie⁵⁴. Le traitement de la consommation de drogues illicites ne constitue donc pas une question d'ordre simplement médical mais fait intervenir toute une série de considérations sociales⁵⁵. Le début de la présente sous-section comporte un examen des techniques de traitement mises au point dans les pays en développement et pour lesquelles on manque d'évaluations statistiques adéquates; pour l'essentiel, la sous-section présente un examen des diverses

possibilités pharmacologiques de substitution aux drogues interdites. Une brève sous-section est ensuite consacrée à la réadaptation.

61. Comme c'est le cas de nombreux aspects de la politique en matière de drogue, l'éventail de méthodes de prévention dans les pays en développement qui ont été évaluées de manière approfondie est moins large que dans les pays développés. Ainsi, on manque, dans une certaine mesure, de connaissances quant à la nature, la portée et l'efficacité de la grande variété de méthodes de traitement qui existent. Nombre de pays utilisent des médecines traditionnelles, dont le contenu varie en fonction de chaque culture et des conditions locales. Des rapports indépendants ont indiqué le recours à la médecine ayurvéda en Inde dans certains cas⁵⁶. Dans d'autres pays, comme on l'a rapporté de source indépendante à propos de la Malaisie, les remèdes traditionnels pour traiter la dépendance sont parfois fondés sur la croyance que chacun est sensible à des influences surnaturelles tout aussi bien que physiques qui accroissent la possibilité de dépendance⁵⁶. Dans ce cas, les guérisseurs se soucient essentiellement du bien-être de l'individu, et pour désintoxiquer le patient, on aura recours à des herbes médicinales et à des exercices physiques, une grande importance étant accordée à la santé physique.

62. Le rôle de l'acupuncture dans le traitement de la dépendance s'est étendu au cours des dernières années. L'acupuncture a été notamment utilisée pour la désintoxication de consommateurs d'opiacés, à Hong-kong et au Viet Nam et, semble-t-il, aux Etats-Unis⁵⁶. Les techniques traditionnelles chinoises d'acupuncture sont largement utilisées depuis plusieurs années dans diverses régions des Etats-Unis; il semblerait que l'acupuncture soulage les crises de sevrage, prévienne le désir insurmontable de consommer des drogues et accroisse le taux de participation des patients aux programmes de traitement à long terme. Les meilleurs résultats ont été enregistrés dans le cadre de groupes ouverts en agissant sur les points d'acupuncture de l'oreille externe avec des aiguilles, sans stimulation électrique⁵⁷. On dispose de divers ouvrages sur l'utilisation des techniques de méditation dans le traitement⁵⁸. Dans d'autres contextes, et dans d'autres Etats dont l'Inde, le yoga et la méditation font partie de différents programmes de traitement du comportement et de réadaptation afin de favoriser la relaxation et de contribuer à une approche physique et mentale positive pendant le traitement et la réadaptation⁵⁹.

1. Substances de substitution aux opiacés

a) Méthadone

63. Le premier essai clinique documenté de chlorate de méthadone pour traiter les héroïnomanes a fait l'objet d'une étude publiée en 1965⁶⁰. Par la suite, la méthadone a été progressivement utilisée comme substance de remplacement de l'héroïne pour le traitement des héroïnomanes. Dans la très grande majorité des cas, tant pour le sevrage que pour les traitements d'entretien, la méthadone est actuellement la drogue la plus utilisée par les médecins pour traiter les personnes fortement dépendantes dans les pays développés. Une étude approfondie menée récemment sur l'efficacité des cures d'entretien à base de méthadone a corroboré un nombre important d'études déjà effectuées qui avaient conclu que "la cure d'entretien à base de méthadone permet de réduire efficacement l'abus des drogues, la délinquance et d'autres comportements déviants chez les patients en traitement"⁶¹.

64. Dans l'étude citée au paragraphe précédent, on a également signalé que les programmes d'entretien à base de méthadone diffèrent énormément entre eux, la prescription de méthadone étant leur seul point commun. On enregistre des différences entre les patients toxicomanes, la nature des programmes, les services fournis proprement dits et les résultats obtenus. Toutefois, il est apparu que les programmes où la prescription s'inscrivait dans le cadre plus large de programmes de traitement, de soins et de réadaptation étaient plus efficaces que les programmes dans lesquels ce n'était pas le cas.

b) *Lévo-alpha-acétylméthadol*

65. Depuis les années 60, le lévo-alpha-acétylméthadol (LAAM) est également considéré comme une solution de remplacement à la prescription de méthadone. Aux Etats-Unis, c'est en 1993 que l'utilisation de LAAM a été approuvée pour les traitements d'entretien dans le cas d'une dépendance à l'égard des opiacés. "Le LAAM est un analgésique opiacé synthétique dont les effets sont qualitativement similaires à ceux de la morphine et qui agit sur le système nerveux central et sur les muscles lisses. De même qu'avec les agonistes opiacés, il a principalement des effets analgésiques et sédatifs. La tolérance à ces effets s'accroît avec un usage répété. Une crise de sevrage apparaît généralement quand cesse l'administration chronique de LAAM, comme on l'observe avec d'autres opiacés, mais elle se manifeste plus lentement et les symptômes en sont plus prolongés et moins intenses... L'effet opiacé du LAAM est plus lent au commencement et de plus longue durée (jusqu'à 72 heures) que celui de la méthadone (24 heures)"⁶¹.

c) *Buprénorphine*

66. La buprénorphine fait actuellement l'objet de recherches afin d'être utilisée comme agent de substitution à la dépendance aux opiacés. Il s'agit d'un agoniste partiel de certains récepteurs d'opiacés et d'un antagoniste d'autres récepteurs. C'est un analgésique extrêmement efficace, de 25 à 40 fois plus puissant que la morphine. De nombreuses études ont comparé l'utilisation de buprénorphine avec celle de la méthadone dans des essais à double insu. Il en est ressorti que "nombre des patients ayant besoin d'un traitement d'entretien à long terme accepteront bien la buprénorphine"⁶¹ mais qu'elle ne convient pas à tous les patients, en particulier ceux dont le niveau de tolérance est élevé.

d) *Pharmacothérapies de substitution à la dépendance aux opiacés*

67. L'une des raisons principales pour lesquelles on choisit une drogue plutôt qu'une autre est la durée pendant laquelle elle est le plus efficace, un indicateur de cette efficacité étant sa demi-vie. La demi-vie d'une drogue permet de mesurer la déperdition irréversible d'une drogue dans le sang⁶². Lorsque l'héroïne est absorbée dans le corps, elle est métabolisée en mono-acétylmorphine et en morphine : la demi-vie de l'héroïne est de 3 minutes; celle de la morphine, de 2 à 3 heures. La méthadone a une demi-vie de 10 à 25 heures, avec une moyenne de 15 heures; toutefois, après un entretien à long terme, elle passe à 13-55 heures, avec une moyenne de 30 heures. Il s'ensuit donc que la méthadone doit être administrée moins fréquemment que l'héroïne. Si les drogues doivent être administrées par voie intraveineuse, le nombre d'injections quotidiennes nécessaires sera de trois ou quatre pour l'héroïne et de une ou deux pour la méthadone, pour des niveaux de posologie équivalents. Le dommage physique, en particulier lorsque le patient se fait ses piqûres, est donc réduit avec la méthadone. On observe que la méthadone ne produit pas l'état d'euphorie que le toxicomane éprouve en utilisant de l'héroïne. La demi-vie du LAAM est de 30 à 65 heures, avec une moyenne de 50 heures, ce qui est une des raisons pour lesquelles on y attache autant d'intérêt. La demi-vie de la buprénorphine est de 4 à 6 heures⁶³.

2. *Substances de substitution non opiacées*

a) *Ibogaine*

68. L'ibogaïne est l'un des alcaloïdes indoles psychoactifs d'un arbuste d'Afrique occidentale, le *Tabernanthe iboga*, dont on aurait, à maintes reprises, observé les propriétés contrariant la dépendance. Il serait un moyen rapide et aisé de faire cesser la dépendance non seulement à l'égard des opiacés mais aussi de la cocaïne, de l'amphétamine, de l'alcool et de la nicotine, ainsi que le syndrome de la polytoxicomanie. Des études précliniques montrant que l'ibogaïne réduit l'auto-administration de cocaïne et de morphine et atténue les symptômes entraînés par la privation de morphine, étayaient cette hypothèse⁶⁴. Actuellement, l'ibogaïne est également utilisée à titre expérimental. Selon les mêmes études, bien que l'efficacité de ce produit ne puisse être rigoureusement évaluée à défaut d'études dûment contrôlées, l'ibogaïne en tant que moyen de traitement de la toxicomanie suscite un intérêt accru.

b) *Naloxone et naltrexone*

69. D'autres traitements de substitution ont été essayés, en particulier l'utilisation de drogues ayant la faculté d'annuler les effets des opiacés, à savoir les antagonistes tels que la naloxone et la naltrexone. Les quelques expériences effectuées avec la naloxone n'ont pas donné de résultats concluants mais il semble que la naltrexone constitue un traitement d'appoint utile pour des groupes déterminés de population, dont les médecins convalescents et d'autres professionnels, ainsi que des personnes ayant une situation socio-économique élevée. La naltrexone ne peut être administrée qu'aux personnes dont le corps ne contient aucun opiacé; elle ne peut donc être prescrite à ceux qui demandent un premier traitement. Les patients doivent être sevrés pendant 5 à 7 jours dans le cas de l'héroïne et durant 10 à 14 jours dans celui de la méthadone. La naltrexone amènerait les personnes d'une condition sociale élevée à ne pas rechuter en partie en raison des conséquences négatives qu'aurait le fait de s'adonner de nouveau à une drogue.

c) *Clonidine*

70. La clonidine est un agoniste alpha-adrénergique qui supprime les effets du sevrage d'opiacés. Elle peut être utilisée pour une désintoxication d'opiacés à court terme. "Le rôle de la clonidine dans le traitement de la dépendance aux opiacés est limité aux premières semaines de sevrage. La clonidine ne peut être considérée à cet égard comme un traitement suffisant en raison des taux extrêmement élevés de rechute qui suivent toutes les formes de désintoxication. On ne considère la clonidine que comme un traitement de transition qui ne peut être utilisé que dans les cas où la méthadone n'est pas disponible, n'est pas tolérée ou ne convient pas⁶⁵".

d) *Autres traitements médicamenteux*

71. Parfois, afin de soulager les problèmes liés à la crise du sevrage, tels que l'insomnie, d'autres médicaments sont prescrits, notamment des benzodiazépines, mais, en règle générale, seulement pour une courte période.

3. *Traitements non médicamenteux*

72. Pour ces traitements, on a entre autres recours aux communautés thérapeutiques et à des traitements non médicamenteux en consultation externe qui prévoient des activités de conseil, des thérapies de groupe, des informations ou une aide. L'acupuncture et la médecine védique peuvent être efficaces pour certains groupes de population, mais il n'a été procédé à aucune évaluation contrôlée à grande échelle.

73. Le recours aux communautés thérapeutiques est apparu en 1958 avec la création de Synanon aux Etats-Unis. De nombreux programmes ont été mis en oeuvre depuis et ce concept s'est étendu à bien des pays. Les patients sont tenus de vivre au sein d'une communauté pendant des périodes allant de 90 jours à plusieurs années. Ils doivent donc abandonner leur emploi, s'ils en exercent un, et quitter leur foyer. Ce traitement vise à débarrasser le toxicomane de certaines caractéristiques personnelles fondamentales et à aider le convalescent à adopter des comportements, attitudes et valeurs nouveaux, afin de s'abstenir pour toujours de consommer de l'alcool ou d'autres drogues et de suivre un autre mode de vie⁶⁵.

74. Selon certaines évaluations, cette méthode est efficace dans le cas des personnes qui parviennent à achever le programme. Toutefois, rares sont les toxicomanes qui sont prêts à suivre ce traitement et le taux d'abandon, au début du programme, est élevé. En outre, cette forme de traitement est extrêmement onéreuse en raison principalement de la longueur du traitement et du nombre élevé de personnel par rapport à celui des patients.

4. Réadaptation

75. Dans le cas de la prévention secondaire, traitement et désintoxication sont parfois suivis d'une réadaptation. La réadaptation s'adresse habituellement aux personnes qui ont suivi le traitement et la cure de désintoxication et vise en premier lieu à réintégrer l'intéressé dans la société. Ce volet de la prévention secondaire peut comporter divers types de conseils et d'aide, notamment en matière de formation professionnelle et de réinsertion sociale. Les activités d'aide et d'assistance prévoient généralement une aide pour la recherche d'un emploi et il y a lieu de signaler les efforts de l'Organisation internationale du Travail à cet effet. Dans la mesure où elle peut réduire les facteurs de risque liés au mode de vie antérieur, la réadaptation contribue à prévenir la rechute dans l'abus illicite de drogues.

76. Les efforts de réadaptation peuvent viser des toxicomanes n'ayant précédemment suivi aucun traitement. Dans ce cas, la réadaptation et la réinsertion sociale visent à rétablir la situation antérieure à l'abus illicite de drogues⁵⁶. Pour d'autres personnes, en particulier de jeunes consommateurs de drogues, on peut néanmoins essayer, dans le cadre de la réadaptation et de l'insertion, de créer des conditions de vie qu'ils ne connaissaient pas auparavant.

IV. RELATIONS ENTRE LA PREVENTION PRIMAIRE ET LA PREVENTION SECONDAIRE

A. Participants

77. Il y a un chevauchement considérable entre la prévention secondaire, d'une part, et la prévention primaire et la prévention tertiaire, d'autre part. En ce qui concerne la prévention primaire, ce chevauchement tient au fait que nombre de programmes et de techniques visant à prévenir l'utilisation initiale de drogues illicites sont aussi utilisés pour amener les consommateurs occasionnels ou réguliers de ces drogues à cesser d'y avoir recours. Le chevauchement avec la prévention tertiaire vient de la difficulté pratique d'établir précisément où la prévention secondaire s'arrête et où commence la prévention tertiaire. Lorsque le traitement vise d'autres objectifs en sus de l'abstinence totale, des aspects de prévention tertiaire entrent alors en jeu, comme la réduction des taux de morbidité ou de mortalité chez les consommateurs de drogues illicites; mais l'exclusion de tels objectifs de la prévention secondaire entraînerait une diminution du coût/efficacité et irait à l'encontre des principes sur lesquels repose le système sanitaire et médical de nombreux Etats.

78. La plupart des différents secteurs de la société participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques de prévention primaire ou secondaire. L'institution ou l'organe gouvernemental responsable de ces politiques varie d'un pays à l'autre, mais il semblerait que les programmes donnant les meilleurs résultats soient ceux reposant sur un partenariat entre divers secteurs de la société. On a en effet constaté qu'en travaillant ensemble, les uns et les autres se renforcent mutuellement. Les programmes les moins efficaces sont ceux dans le cadre desquels différents organes gouvernementaux, voire le gouvernement et certaines organisations, cherchent à "s'approprier" un problème et le droit de définir la politique à suivre. L'élaboration de programmes efficaces semble passer par une coopération et une collaboration entre institutions et organisations allant du niveau local au niveau national.

79. Les institutions et les organisations gouvernementales, à tous les niveaux de représentation, figurent parmi les participants les plus importants à l'élaboration et à la mise en oeuvre des programmes de prévention. Les organisations à vocation et structure nationales peuvent procéder plus facilement à l'élaboration d'un plan national, qui peut être ensuite adapté aux besoins locaux grâce à une coordination avec des institutions régionales ou locales. Une telle structure contribue à maintenir une orientation nationale à la fois ferme et cohérente tenant compte aussi des besoins, des impératifs et des communautés au niveau local. Cela est d'autant plus important que la plupart des projets et programmes, tels que ceux concernant les écoles, sont mis en oeuvre au niveau local. Si ces projets et programmes peuvent être mis en route et

coordonnés au niveau national, il n'en reste pas moins que ce sont avant tout les campagnes médiatiques qui sont organisées presque uniquement au niveau national.

80. On reconnaît de plus en plus l'importance du lien entre le secteur privé et la communauté ainsi que le rôle que le secteur privé peut jouer dans la prévention de l'abus des drogues. Ce lien a été renforcé par l'appui que le PNUCID et l'Organisation internationale du Travail ont apporté à deux conférences internationales sur ce sujet*. Beaucoup d'Etats développés ont reconnu, au XIXème ou au début du XXème siècle, l'interdépendance de la communauté, des institutions communautaires et du secteur privé, mais ce sont les problèmes découlant de la consommation illicite de drogues qui ont mis en lumière cette interdépendance au cours des dernières années.

81. La note du Secrétariat sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande (E/CN.7/1995/4) met l'accent sur l'importance du rôle de la communauté dans la prévention de l'abus des drogues. Il existe de nombreux exemples de mesures efficaces prises par la communauté pour lutter contre le problème de l'abus des drogues ainsi que divers documents sur les moyens mis en oeuvre à cet effet⁶⁶. En définitive, les toxicomanes sont toujours les enfants, les voisins ou les amis de quelqu'un et font partie d'une communauté. Tant chacun, que son entourage immédiat et la communauté dans son ensemble subissent les conséquences de l'abus illicite de drogues. On a souligné l'importance des mesures prises par la communauté en association avec nombre d'institutions ou organisations. La communauté elle-même ne peut jouer qu'un rôle restreint, en raison notamment d'un manque de ressources ou de pouvoirs limités, mais elle devrait être considérée comme un partenaire indispensable dès lors qu'il s'agit de trouver une solution aux problèmes posés par l'abus des drogues.

82. La plupart des travaux de la communauté sont menés à bien par des organisations non gouvernementales⁶⁷. Il s'agit là d'organisations qui savent ordinairement ce qui se passe dans la communauté puisqu'elles y travaillent. La politique générale peut être définie au niveau national mais doit être adaptée à la situation locale et mise en oeuvre au niveau local⁶⁸. De nombreuses organisations, y compris des organisations sous contrôle de l'Etat, peuvent s'acquitter de cette tâche mais le succès de leurs efforts dépend de leur collaboration dans la mise en oeuvre de la politique correspondante.

83. Les parents jouent un rôle extrêmement important dans la prévention de l'abus des drogues, notamment en ce qui concerne la prévention primaire. On peut les atteindre par l'intermédiaire des écoles, d'activités communautaires ainsi que de programmes réalisés sur le lieu de travail. L'expérience a montré que les programmes destinés aux parents doivent faire partie intégrante du processus d'éducation au lieu de faire l'objet d'efforts périscolaires distincts⁶⁹.

B. Contextes

84. Le rôle des médias dans la prévention de l'abus des drogues est double. D'une part, le recours direct aux campagnes médiatiques, en général de la part du gouvernement, permet de sensibiliser le grand public à ce problème. D'autre part, les médias peuvent aussi rapporter des faits mettant en lumière cette question, comme la présentation des résultats d'une évaluation de la situation à ce sujet. On peut donc, de ces deux manières, présenter l'étendue et la nature du problème au grand public, ce qui peut l'amener à accepter ou à accueillir favorablement l'idée de consacrer des fonds à la prévention primaire et de proposer des services à ceux qui connaissent un problème d'abus des drogues. Les médias peuvent aussi constituer une source d'information sur la question. La diffusion d'informations erronées peut toutefois porter atteinte à ce rôle. On a suggéré que, dans certains domaines, les médias contribuent parfois à caricaturer les comportements perçus comme déviants.

* Rapport du Secrétariat sur la coopération régionale en matière de réduction de la demande (E/CN.7/1996/7).

85. On a déjà examiné le rôle que joue l'école dès lors qu'il s'agit de proposer à la fois des programmes de sensibilisation à la drogue dans le cadre de programmes plus vastes sur les modes de vie sains et de nouvelles activités à l'intention des élèves. Les locaux scolaires sont souvent utilisés en dehors des heures habituelles de cours par d'autres membres de la communauté et il est bon de jeter des ponts entre l'école et la communauté pour renforcer les activités de l'une comme de l'autre.

86. Dans de nombreux pays, les organisations de jeunes sont actives en matière de prévention de la drogue et contribuent souvent à la mise sur pied de nouvelles activités pour les jeunes. Les organisations religieuses peuvent aussi jouer un rôle dans la prévention, et nombre d'entre elles sont particulièrement actives dans le domaine du traitement.

87. Ce n'est qu'assez récemment qu'on a véritablement admis la possibilité de mettre en oeuvre, sur les lieux de travail, des programmes de prévention de l'abus des drogues, notamment depuis que le secteur privé joue un rôle plus actif à l'égard tant de ces programmes que des activités menées conjointement avec les communautés locales. L'utilisation à cette fin du lieu de travail permet non seulement d'aborder les problèmes de l'abus des drogues actuels et potentiels du personnel, mais d'établir aussi un lien avec la famille des employés concernés. De nombreuses entreprises ont mis en place un programme d'aide aux employés axé à la fois sur l'employé et sur sa famille. De nombreux employés peuvent ne pas avoir eux-mêmes de problème d'abus des drogues, tout en connaissant des difficultés de ce genre au sein de leur famille. Comme de tels problèmes nuisent souvent à la productivité, il est de l'intérêt de l'employeur d'aborder ces questions. Ces programmes, qui ont également des effets dans la communauté, visent à mobiliser, à appuyer et à renforcer l'action communautaire, suivant le principe de l'intégration qui permet un renforcement mutuel de leur efficacité.

88. De nouveaux modes d'action sont mis au point, tels que les modèles d'interaction de groupe, fondés sur l'entraide entre drogués et appuyés par du personnel de terrain, qui constituent une stratégie novatrice pour aider les toxicomanes à contrôler, diminuer ou arrêter leur consommation de drogues⁷⁰. Il s'agit là de modèles communautaires d'aide aux drogués utilisés depuis quelque temps à l'intention des toxicomanes qui ne suivent aucun traitement.

89. Dans de nombreux pays, les tribunaux ont la possibilité de condamner les toxicomanes à des peines non privatives de liberté. Cette possibilité a été examinée par la Commission des stupéfiants, à sa trente-huitième session, dans le cadre du rapport du Secrétariat sur les solutions de substitution à la condamnation et à la répression (E/CN.7/1995/6). L'expérience montre qu'il s'agit là d'un moyen efficace de réduire l'abus des drogues lorsqu'il est associé à une posture sous contrôle et à une surveillance objective⁷¹. On a estimé que l'engagement de se soumettre à un traitement est "utile lorsqu'il s'agit d'amener un individu à suivre un traitement, sans qu'il constitue cependant lui-même un traitement, qu'il ne saurait remplacer"⁷².

90. Les centres de détention abritent un nombre toujours plus important de personnes condamnées pour infraction à la législation sur la drogue : la plupart d'entre elles ont eu illicitement recours aux drogues et quelques-unes sont toxicomanes. Cela pose des problèmes particuliers non seulement à la direction de ces centres dans le domaine de la discipline mais aussi aux autres détenus qui peuvent être initiés à la drogue pendant leur séjour en prison. Cela est vrai pour de nombreuses régions du monde; certains Etats des Amériques l'ont ainsi indiqué dans le questionnaire sur le rapport annuel, l'un d'entre eux ayant précisé qu'on estime que 80 % au maximum et 30 % au minimum des détenus continuent de consommer des drogues illicites (E/CN.7/1996/5, par. 46 et 47). Dans de nombreux centres, il est possible d'éduquer les détenus, de conseiller les consommateurs occasionnels de drogue et de traiter les toxicomanes. La plupart des centres n'entreprennent cependant pas d'activités de prévention primaire ou secondaire, faute de moyens, et on peut considérer qu'il s'agit là d'une occasion perdue. Au sein d'une communauté fermée telle qu'un centre de détention, les politiques visant à éduquer, conseiller ou fournir un traitement peuvent, si elles sont bien définies, donner des résultats durables. En l'absence de telles politiques, il est probable qu'à leur sortie de prison, nombre d'anciens détenus auront des problèmes de drogue, y compris ceux ayant commencé à en

consommer durant leur séjour en prison. Ces questions et d'autres encore relatives au rapport existant entre le nombre d'auteurs d'infractions à la législation sur la drogue, le manque de moyens de la justice pénale, les peines prononcées et la politique pénale sont constamment à l'examen de nombreux gouvernements. Il est à espérer qu'une stratégie cohérente visant à éliminer ces problèmes sera bientôt mise au point.

V. CONCLUSIONS

91. Au fil des années se sont accumulées des connaissances théoriques et empiriques considérables sur les approches de la prévention primaire et secondaire. Un des facteurs fondamentaux à cet égard a été les progrès sensibles faits dans la compréhension des questions méthodologiques relatives à l'évaluation de l'efficacité et de l'impact des mesures de prévention, appliquées à la fois séparément et en association avec d'autres mesures. En outre, l'approfondissement de la compréhension des facteurs de risque relatifs à la demande illicite, en particulier des éléments corrélatifs de l'amorçage du processus, a joué un rôle important dans le développement de ces connaissances, bien que l'on en sache moins sur les corrélats des processus qui engendrent la poursuite de la consommation, le développement de la dépendance, l'abus nocif et l'arrêt de la consommation.

92. Des recherches et des évaluations approfondies sur l'éventail des activités de prévention primaire et secondaire menées dans différents pays et visant différents groupes de la population ont abouti à une série de résultats et de conclusions étonnamment concordants. Etant donné l'indépendance des programmes mis au point et exécutés dans différents Etats membres, les résultats obtenus et conclusions formulées sont très fiables. Cela ne signifie pas pour autant que les approches ne doivent pas être adaptées aux circonstances locales. Le tableau qui se dégage en ce qui concerne l'impact et l'efficacité des stratégies et des approches est, comme on pouvait s'y attendre, composite, certaines approches se révélant plus efficaces que d'autres.

93. La synthèse des informations disponibles sur les mesures de prévention primaire et secondaire a montré l'avantage que présente l'intégration de ces approches avec celles de la prévention tertiaire, dans la mesure où les trois forment un continuum au niveau tant théorique que pratique. De nombreux Etats membres ont mis au point une approche intégrée et équilibrée utilisant certains aspects de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Dans de nombreux domaines, en particulier en ce qui concerne l'acquisition d'une crédibilité auprès de la population ciblée, et le centrage des ressources sur les groupes où elles sont le plus nécessaires, la relation entre les approches, qui les renforce mutuellement, apparaît nettement.

94. La prévention primaire comprend des campagnes de sensibilisation du public, des interventions périnatales et préscolaires, une éducation à l'école, des programmes à l'intention des jeunes et des narcotests. La prévention secondaire comprend la réduction de la demande illicite grâce à différentes formes de traitement et de réadaptation. Des éléments théoriques probants et l'expérience montrent que l'efficacité de la prévention primaire est remise en question. En revanche, on a des raisons de penser que la prévention secondaire peut réduire la demande et conduire, dans certaines circonstances, à l'arrêt de la consommation. Différentes études ont montré que, malgré des taux de rechute élevés, de nombreux aspects des approches de prévention secondaire ont un bon rapport coût/efficacité et il y a lieu de penser que certaines méthodes de traitement peuvent avoir un meilleur rapport coût/efficacité que les méthodes de réduction de l'offre pour réduire la demande illicite. Toutefois, les informations relativement limitées concernant les examens comparatifs de diverses stratégies appliquées ne permettent pas à l'heure actuelle, même si elles ouvrent la voie à des enquêtes potentiellement enrichissantes, de tirer une conclusion définitive concernant l'état des connaissances.

95. Le présent rapport démontre que, malgré l'hétérogénéité du champ d'investigation et la diversité des méthodes de mise en oeuvre et d'évaluation, on constate de nombreux progrès récents dans les connaissances concernant les approches de prévention primaire et secondaire. L'ensemble des résultats, qui révèle des différences d'impact et de rapport coût/efficacité entre les diverses approches, est conforme à ce que l'on pouvait attendre, étant donné l'éventail et la diversité des approches examinées.

Notes

¹Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance : vingt-huitième rapport, Série de rapports techniques N° 836 (Genève, 1993).

²C. Fazy, *The Aetiology of Psychoactive Substance Use* (Paris, Organisations des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 1977); et Dan J. Lettieri, Mollie Sayers et Helen Wallenstein Pearson, *Theories of Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*, NIDA Research Monograph, No. 30 (Washington, D.C., United States Government Printing Office, 1980).

³David F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1973).

⁴Voir I. C. Chopra et R. N. Chopra, "The use of cannabis in India", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies, vol. 9, No. 1 (1957), p. 4 à 29; Peter T. Fuerst, éd., *Flesh of the Gods: The Ritual Use of Hallucinogens* (Londres, George Allen and Unwin, 1972); Barbara C. Myerhoff, *Peyote Hunt: The Sacred Journey of the Huichol Indians* (Ithaca, New York, Cornell University Press, 1974); Joseph Westermeyr, "Use of alcohol and opium by the Meo and Laos", *American Journal of Psychiatry*, vol. 127, No. 8 (1971), pp. 1019-1023; Michael Agar, *Ripping and Running: A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts* (New York, Seminar Press, 1973), et Edward Prebble and John J. Casey, "Taking care of the business: the heroin user's life on the street", *International Journal of Addictions*, vol. 4, 1969, pp. 1-24.

⁵B. H. Bry, P. McKeon et R. J. Pandina, "Extent of drug use as a function of risk factors", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 91, 1982, pp. 273-279.

⁶J. D. Hawkins, M. W. Arthur and R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry et D. Farrington, éd. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), p. 370.

⁷Niall Coggans et Susan McKellar, "Drug use amongst peers: peer pressure or peer preference?", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 1 (1994), pp. 15-26.

⁸M. Plant et M. Plant, *Risk-Takers: Alcohol, Drugs, Sex and Youth* (Londres, Tavistock/Routledge, 1992).

⁹Voir Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (New York, Free Press, 1963).

¹⁰Voir D. B. Cornish et R. V. Clarke, *The Reasoning Criminal* (New York, Springer-Verlag, 1986); et R. V. Clarke et M. Felson, *Routine Activity and Rational Choice: Advances in Criminological Theory* (New Brunswick, New Jersey, Transaction Books, 1993).

¹¹Voir Carl G. Leukefeld et William Bukoski, éd., *Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues*, NIDA Research Monograph, No. 107 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1991).

¹²Voir Karl Popper, *The Logic of Scientific Discovery*, 2ème éd. (Londres, Hutchinson, 1968); Karl Popper, *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*, 4ème éd. (Londres, Routledge et Kegan Paul, 1972); et Karl Popper, *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach* (Oxford, Oxford University Press, 1972).

¹³S. B. Sells, éd., *Evaluation of Treatment*, vols. 1 and 2 (Cambridge, Massachusetts, Ballinger, 1974); S. B. Sells et D. D. Simpson, *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment*, vols. 3 and 4 (Cambridge, Massachusetts, 1976); et F. M. Tims et J. P. Ludford, édés., *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, NIDA Research Monograph, No. 51 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984).

¹⁴S. M. Hall, "Clinical trials in drug treatment: methodology", *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, F. M. Tims et J. P. Ludford, édés., NIDA Research Monograph, No. 51, Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984).

¹⁵M. S. Goldstein, M. Surber et D. M. Wilner, "Outcome evaluations in substance abuse: a comparison of alcoholism, drug abuse and other mental health interventions", *International Journal of the Addictions*, vol. 19, No. 5 (1984), p. 498.

¹⁶Robert L. Hubbard *et al.*, "Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics and behaviours before, during and after treatment", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 42-68.

¹⁷R. H. Moos, J. W. Finney et R. C. Cronkite, "The need for a paradigm shift in evaluation of treatment outcome: extrapolations from the Rand report", *British Journal of Addiction*, vol. 75, No. 4 (December 1980), pp. 347-350.

¹⁸Y. Hser, M. D. Anglin et C. Chou, "Evaluation of drug abuse treatment: a repeated measure design assessing methadone maintenance", *Evaluation Review*, vol. 12, No. 5 (1988), pp. 547-570.

¹⁹Jerome H. Jaffe, "Evaluating drug abuse treatment: a comment on the state of the art", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, p. 13 à 25; et Frank M. Tims et Sherry Holland, "A treatment evaluation agenda: discussion and recommendations", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 167-174.

²⁰Fiona McDermott, Margaret Hamilton et Bruce Lagay, *Evaluating Treatments for Alcohol and Other Drugs* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1991).

²¹John C. Ball et Eric Corty, "Basic issues pertaining to the effectiveness of methadone maintenance treatment", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, NIDA Research Monograph, No. 86, Carl G. Leukefeld et Frank M. Tims, édés. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), p. 187.

²²N. G. Hoffman, P. A. Harrison et C. A. Belille, "Multidimensional impact of the treatment for substance abuse". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, vol. 3, No. 3 (1984); et D. K. Reilly, J. Hegg et D. Twyman, "A systems approach to the management of drug-related problems", *Australian Alcohol/Drug Review*, vol. 3, No. 2 (1984).

²³Carl Akins et George Beschner, édés., *Ethnography: A Research Tool for Policymakers in the Drug and Alcohol Fields* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1980); et Howard Parker, Fiona Measham et Judith Aldridge, *Drugs Futures: Changing Patterns of Drug Use amongst English Youth* (Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, 1995).

²⁴W. Wayne Wiebel, "Identifying and gaining access to hidden populations", *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, NIDA Research Monograph, No. 98, Elizabeth Y. Lambert, éd. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1990), p. 4.

²⁵J. D. Hawkins, M. W. Arthur et R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry et D. Farrington, édés. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), pp. 388-390.

²⁶N. Dorn et K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, ISDD Monograph, No. 5 (Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992), p. 9.

²⁷Voir D. Hawkins, M. W. Arthur et R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry et D. Farrington, éd. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), table 1, pp. 371-379.

²⁸Voir F. E. Zimring et G. Hawkins, *The Search for Rational Drug Control Policy* (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), appendix, "Estimates of illicit drug use: a survey of methods".

²⁹Voir H. Yoshikawa, "Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks", *Psychological Bulletin*, No. 115, 1994, pp. 28-54; J. D. Hawkins, R. F. Catalano et J. Y. Miller, "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, No. 112, 1992, pp. 64-105; et K. Nyberg *et al.*, "Socio-economic versus obstetric risk factors for drug addiction in offspring", *British Journal of Addiction*, No. 87, 1992, pp. 1669-1676.

³⁰L. J. Schweinhart, "Can pre-school programs help prevent delinquency?", *From Children to Citizens: Families, Schools, and Delinquency Prevention*, J. Q. Wilson et G. C. Loury, éd. (New York, Springer-Verlag, 1987).

³¹N. Dorn et K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, ISDD Monograph, No. 5 (Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992).

³²G. J. Botvin, "Substance abuse prevention: theory, practice, and effectiveness", *Drugs and Crime*, M. Tonry et James Q. Wilson, éd. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), p. 487.

³³Jeffrey Wragg, *An Evaluation of a Model of Drug Education* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1992).

³⁴D. M. Gorman, "On the difference between statistical and practical significance in school-based drug abuse prevention", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 2, No. 3 (1955), p. 275.

³⁵Nancy S. Tobler, "Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, 1986, pp. 537-567.

³⁶H. Klee et P. Reid, *Amphetamine-Misusing Groups: a Feasibility Study of the Use of Peer Group Leaders for Drug Prevention Work among Their Associates*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 3 (Londres, Home Office, 1995), p. i.

³⁷Voir Etats-Unis d'Amérique, Ministère de la justice, National Institute of Justice, *Arresting the Demand for Drugs: Police and School Partnerships to Prevent Drug Abuse* (Washington, D.C., Gouvernement des Etats-Unis, 1987).

³⁸Voir W. DeJong, "A short-term evaluation of D.A.R.E.: preliminary indications of effectiveness", *Journal of Drug Education*, No. 17, 1987, pp. 279-294; C. L. Ringwalt, S. T. Ennett et K. D. Holt, 1991, "An outcome evaluation of project D.A.R.E.", *Health Education Research: Theory and Practice*, No. 6, pp. 327-337; et R. R. Clayton, A. Catarello et K. P. Walden, "Persuasive communication and drug abuse prevention: an evaluation of the D.A.R.E. program", *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*, L. Donohew, H. Sypher et W. Bukoski, éd. (Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1991).

³⁹W. B. Hansen *et al.*, "Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: results from the Project SMART", *Preventive Medicine*, No. 17, 1988, pp. 135-154.

⁴⁰P. L. Ellickson et R. M. Bell, "Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test", *Science*, No. 247, 1990, pp. 1299-1305.

⁴¹D. Rosenbaum *et al.*, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1 (1994), p. 10.

⁴²D. Rosenbaum *et al.*, *loc. cit.*, p. 3.

⁴³N. Coggans *et al.*, *National Evaluation of Drug Education in Scotland*, ISDD Research Monograph, No. 4 (Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, 1991), p. 12.

⁴⁴D. Rosenbaum *et al.*, 1994, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1 (1994), p. 26; voir aussi S. T. Ennet *et al.*, "Long-term evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Addictive Behaviours*, vol. 19, No. 2 (1994), pp. 113-125.

⁴⁵Beatriz Carlin Cotrim, "An overview on drug abuse prevention in Brazilian schools", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 3, p. 284.

⁴⁶Voir L. Parker, *Music against Drugs: An Evaluation of a Drugs Prevention Diversionary Activity*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 2 (Londres, Home Office, 1995).

⁴⁷Voir M. Hanson, "Aperçu des examens de dépistage de la drogue et de l'alcool sur les lieux de travail", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XLV, No. 2 (1993), p. 3 à 53; et C. Raskin, "Examen de dépistage de la drogue et de l'alcool sur les lieux de travail : questions d'ordre moral, éthique et juridique qu'ils soulèvent", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XLV, N° 2 (1993), p. 55 à 99.

⁴⁸R. E. Willette, "Drug testing programs", *Urine Testing for Drugs of Abuse*, NIDA Research Monograph, No. 73, R. L. Hawks et C. N. Chiang, éd. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1986).

⁴⁹Eric D. Wish et Bernard A. Gropper, "Drug testing by the criminal justice system: methods, research and applications", *Drugs and Crime*, M. Tonry et James Q. Wilson, éd. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), pp. 321-391.

⁵⁰B. M. Kapur, "Méthode employée pour les examens de dépistage de la drogue et interprétations cliniques des résultats de ces examens", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XLV, N° 2 (1993), p. 139 à ...

⁵¹John C. Ball et Alan Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcome* (New York, Springer-Verlag, 1991).

⁵²W. M. Wechsberg *et al.*, "A comparison of injecting drug users reached through outreach and methadone treatment", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, No. 23 (1993), pp. 667-687.

⁵³C. Peter Rydell et Susan S. Everingham, *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs* (Santa Monica, Californie, Rand Corporation, 1994), p. xiii.

⁵⁴M. D. Anglin et Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, vol. 13, *Crime and Justice: A Review of Research*, M. Tonry et J. Q. Wilson, éd. (Chicago, University of Chicago Press, 1991).

⁵⁵M. D. Anglin et Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, M. Tonry et J. Q. Wilson, éd. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), p. 394.

⁵⁶E. Tongue et D. Turner, "Les diverses possibilités de traitement qui s'offrent face aux problèmes que pose l'usage impropre des drogues", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XL, N° 1 (1988), p. 3 à 19.

⁵⁷M. O. Smith et O. Khan, "Un programme de traitement des toxicomanes par l'acupuncture", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XL, N° 1 (1988), p. 39 à 45.

⁵⁸G. Clements, L. Krenner et W. Mölk, "Du rôle que peut jouer la méditation transcendantale dans la prévention de l'abus des drogues et le traitement des toxicomanes", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XL, N° 1 (1988), p. 55 à 58.

⁵⁹Voir K. Sharma et V. Shukla, "L'expérience de réadaptation des toxicomanes au Centre Nav-Chetna en Inde", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XL, N° 1 (1988), p. 47 à 53.

⁶⁰V. P. Dole et M. E. Nyswander, "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride", *Journal of the American Medical Association*, No. 193, 1965, pp. 80-84.

⁶¹W. Ling, R. A. Rawson et M. A. Compton, "Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, No. 2 (1994), pp. 119-128.

⁶²W. J. Tilstone et A. H. Stead, "Pharmacokinetics, metabolism, and the interpretation of results", A. C. Moffat *et al.*, éd., *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (Londres, Pharmaceutical Press, 1986), pp. 276-305.

⁶³A. C. Moffat *et al.*, éd., *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (Londres, Pharmaceutical Press, 1986).

⁶⁴P. Popik, R. T. Lauer et P. Skolnik, "Years of ibogaine: neurochemical and pharmacological actions of a putative anti-addictive drug", *Pharmacological Review*, No. 47, 1995, pp. 235-253.

⁶⁵R. A. Rawson et W. Ling, "Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 23, No. 2 (1991), pp. 151-163.

⁶⁶Voir Division for Community Prevention and Training, Office of Substance Abuse Prevention, *The Future by Design: A Community Framework for Preventing Alcohol and Other Drug Problems through a Systems Approach* (Washington, D.C., Office for Substance Abuse Prevention, 1991).

⁶⁷Voir *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), numéro spécial sur la participation des organisations intergouvernementales et non gouvernementales à la lutte contre l'abus des drogues, vol. XLIII, N° 1 (1991).

⁶⁸Voir S. Q. Quejas, "Le rôle des organisations non gouvernementales dans la prévention et la limitation de l'abus des drogues : L'expérience des Philippines", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XXXV, N° 3 (1983), p. 61 à 71.

⁶⁹Deborah A. Cohen et Kathryn P. Linton, "Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program", *Journal of Drug Education*, vol. 25, No. 2 (1995), pp. 159-169.

⁷⁰Judith A. Levy, Chuck P. Gallmeier et W. Wayne Wiebel, "The outreach assisted peer-support model for controlling drug dependency", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), pp. 507-529; et Nick Crofts et David Herkt, "A history of peer-based drug-user groups in Australia", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), pp. 599-616.

⁷¹M. D. Anglin, "The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, Carl G. Leukefeld et Frank M. Tims, éd. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), pp. 8-34.

⁷²Carl G. Leukefeld et Frank M. Tims, "Compulsory treatment: a review of findings", *Compulsory Treatment of Drug Abuse ...*, p. 238.