



CENTRE
INTERNATIONAL
POUR LA
PRÉVENTION
DE LA CRIMINALITÉ

INTERNATIONAL
CENTRE
FOR THE
PREVENTION
OF CRIME

CENTRO
INTERNACIONAL
PARA LA
PREVENCIÓN
DE LA CRIMINALIDAD

LA PRÉVENTION DE LA CRIMINALITÉ LIÉE AUX DROGUES

www.cipc-icpc.org

Juin 2015

Projet d'étude sur la prévention de la criminalité liée aux drogues

Juin 2015

Projet d'étude élaboré par le Centre international pour la prévention de la criminalité (CIPC). Cette publication a été principalement financée par le ministère de la Sécurité publique du Canada.

Supervision : Daniel Cauchy, Pablo Madriaza

Coordination: Céline Monnier

Recherche et rédaction : Céline Monnier, Roxane Martel-Perron, Jennifer Robert-Colomby, Nicolas Benzacar, Claudio Modica

Production : Anamaría Cardona

Mots-clés : Prévention, criminalité, toxicomanie, dépendance, consommation

Centre international pour la prévention de la criminalité

465, rue St-Jean, bureau 803

Montréal, (Québec)

Canada

H2Y 2R6

www.cipc-icpc.org

ABREVIATIONS	9
REMERCIEMENTS	11
INTRODUCTION	12
1. Problématique	12
1.1 La criminalité en lien avec les drogues : tendances	12
a) Les substances psychotropes et la criminalité : un lien de causalité?	12
b) L'influence de la drogue sur la criminalité	13
c) Différentes substances pour différentes criminalités	14
d) Constats	17
1.2 Les jeunes	18
a) Les facteurs de risques et de protection chez les jeunes	18
b) La santé mentale	20
c) Les programmes prometteurs avec les jeunes	21
1.3 La prévention de la criminalité en lien avec les drogues	22
a) La prévention de la consommation	22
b) La réduction des méfaits	28
c) La prévention de la récidive	29
2. Méthodologie	31
PRÉSENTATION DES STRATÉGIES NATIONALES	35
1. Présentation des critères d'analyse	35
2. La Stratégie nationale antidrogue du Canada	37
2.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre	37
a) La prévention primaire	38
b) La prévention secondaire	39
c) La prévention tertiaire	39
d) La réduction des méfaits	40
2.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes	40
a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?	40
b) Est-elle participative?	40
c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?	41

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?	41
2.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés	41
a) Le personnel scolaire	42
b) Les autorités de mise en œuvre de la loi	42
c) Les communautés	43
2.4 Approche entre drogue et santé mentale	43
2.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité	43
3. La stratégie antidrogue de l'Australie	45
3.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre	45
a) La prévention primaire	46
b) La prévention secondaire	47
c) La prévention tertiaire	47
d) La réduction des méfaits	47
3.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes	48
a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?	48
b) Est-elle participative?	48
c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?	48
d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?	49
3.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés	49
a) Le personnel scolaire	49
b) Autorités de mise en œuvre de la loi	49
c) Les communautés	50
3.4 Approche entre drogue et santé mentale	50
3.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité	51
4. La stratégie antidrogue des États-Unis	52
4.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre	53
a) La prévention primaire	54
b) La prévention secondaire	54
c) La prévention tertiaire	55
d) La réduction des méfaits	55
4.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes	56
a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?	56
b) Est-elle participative?	56

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?	56
d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?	57
4.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés	57
a) Le personnel scolaire	57
b) Les autorités de mise en œuvre de la loi	57
c) Les communautés	58
4.4 Approche entre drogue et santé mentale	58
4.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité	58
5. L'approche des Pays-Bas en matière de drogues	59
5.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre	60
a) La prévention primaire	61
b) La prévention secondaire	61
c) La prévention tertiaire	62
d) Réduction des méfaits	62
5.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes	63
a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?	63
b) Est-elle participative?	63
c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?	63
d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?	64
5.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés	64
a) Le personnel scolaire	64
b) Les autorités de mise en œuvre de la loi	64
c) Les communautés	65
5.4 Approche entre drogue et santé mentale	65
5.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité	65
6. La stratégie antidrogue du Portugal	66
6.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre	67
a) La prévention primaire	68
b) La prévention secondaire	68
c) La prévention tertiaire	68
d) La réduction des méfaits	69
6.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes	69
a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?	69

b) Est-elle participative?	70
c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?	70
d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?	70
6.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés	71
a) Le personnel scolaire	71
b) Les communautés	71
c) Les autorités de mise en œuvre de la loi	71
6.4 Approche entre drogue et santé mentale	72
6.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité	72
7. La stratégie antidrogue du Royaume-Uni	73
7.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre	73
a) Prévention primaire	74
b) Prévention secondaire	75
c) Prévention tertiaire	75
d) Réduction des méfaits	76
7.2 Les aspects de la stratégie touchant les jeunes	76
a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?	76
b) Est-elle participative?	77
c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?	77
d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?	78
7.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés	78
a) Le personnel scolaire	78
b) Les autorités de mise en œuvre de la loi	78
c) Les communautés	79
7.4 Approche entre drogue et santé mentale	79
7.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité	79
8. La stratégie des quatre piliers de la Suisse	81
8.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre	81
a) La prévention primaire	83
b) La prévention secondaire	83
c) La prévention tertiaire	84
d) La réduction des méfaits	85
8.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes	85

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?	85
b) Est-elle participative?	85
c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?	86
d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?	86
8.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés	86
a) Le personnel scolaire	86
b) Les autorités de mise en œuvre de la loi	86
c) Les communautés	87
8.4 Approche entre drogue et santé mentale	87
8.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité	87

ANALYSE COMPARÉE **89**

1. Les décisions structurelles qui sous-tendent les stratégies en matière de drogue	89
1.1 Le cadre international : une marge de manœuvre limitée pour les États	90
1.2 Répression et Santé publique : Les différentes approches	92
1.3 Des stratégies intégrées	97
a) L'intégration horizontale	97
b) L'intégration verticale	98
1.4 Les substances considérées comme des drogues	99
2. Les aspects de la stratégie touchant les jeunes	101
2.1 Les approches d'inclusion sociale et de réduction de la marginalisation	102
2.2 La participation des jeunes au sein des programmes de prévention	104
2.3 Des approches multisectorielles intégrées	105
2.4 La répartition des ressources : des stratégies équilibrées	106
2.5 Les besoins spécifiques des groupes à risque	107
2.6 Les alternatives à l'emprisonnement	109
2.7 L'approche entre drogue et santé mentale	109
3. La prévention de la criminalité associée aux drogues	110
3.1 La prévention de la consommation	111
a) Un aperçu de la prévention	111
b) Les intervenants en matière de prévention	114
3.2 La prévention de la récidive (Prévention tertiaire)	121
3.3 La réduction des risques	123

RECOMMANDATIONS	126
Relatives à la stratégie nationale	126
L'approche des problèmes de toxicomanie	127
Relatives à la réduction de la criminalité	128
Relatives à la prévention de la consommation	128
Relatives aux jeunes	129
 BIBLIOGRAPHIE	 130

CCLT	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
CDT	Commissions pour la dissuasion de la toxicomanie
CID	Comité intergouvernemental sur les drogues
CIPC	Centre international pour la prévention de la criminalité
CSP	Cadre stratégique de prévention
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FDA	Food and Drug Administration
FICSA	Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue
GRC	Gendarmerie royale du Canada
IDCP	International Drug Policy Consortium
OEA	Organisation des États américains
OFSP	Office fédéral de la santé publique (Suisse)
ONG	Organisme non gouvernemental
ONDCP	<i>Office of National Drug Control Policy</i> (Bureau de la politique nationale du contrôle des drogues)
ONUDD	L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime
PNRCAD	Plan national de la réduction des comportements addictif et de dépendances (<i>Plano Nacional Para a Redução Dos Comportamento Aditivos e Da Dependências</i>)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PORI	Plan opérationnel de réponses intégrées
PRI	Programme de réponse intégré
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (<i>Administration des services de toxicomanie et de santé mentale</i>)
SICAD	Services d'intervention des comportements addictifs et de dépendances

SNA	Stratégie nationale antidrogue (Canada)
SNPC	Stratégie nationale pour la prévention du crime (Canada)
TTT	Tribunaux de traitement de la toxicomanie
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (<i>Centre de recherche et de documentation</i>) (Pays-Bas)

Nous remercions particulièrement le gouvernement du Canada grâce auquel ce rapport a pu être financé et réalisé.

Nous remercions également les personnes qui ont contribué à ce rapport au travers des entretiens réalisés. Elles ont permis d'enrichir considérablement l'information et de donner une vision plus précise de chaque stratégie nationale en matière de drogue.

Finalement, nous remercions également les membres du CIPC qui ont contribué au contenu de cette étude :

- L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Autriche
- CLEEN Foundation, Nigeria
- Khulisa Crime Prevention Initiative, Afrique du Sud
- Observatoire International de Justice Juvénile (OIJJ), Belgique
- Carabineros de Chile, Chili

1. Problématique

La problématique de ce rapport est de s'intéresser à **la prévention - auprès des jeunes - de la criminalité commise sous l'emprise de la drogue ou afin d'acquérir de la drogue**. Afin d'étudier cette question, une analyse comparée a été réalisée entre sept stratégies nationales en matière de drogue, permettant de mettre en exergue les différences et les similitudes des approches.

Le rapport se structure en quatre parties. La première partie présente un **cadre théorique**. Elle présente une revue de la littérature de trois points centraux de ce rapport :

- Les liens entre la criminalité et les drogues,
- La situation particulière des jeunes par rapport à cette problématique, et
- Les programmes de prévention efficaces en la matière.

La deuxième partie présente chacune des **sept stratégies nationales** identifiées, à savoir : le Canada, l'Australie, les États-Unis, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suisse.

La troisième partie consiste en une analyse comparée proprement dite entre les **sept stratégies nationales**, au moyen de critères préétablis.

Finalement, le rapport est conclu par une série de **recommandations** relatives aux stratégies en matières de drogue afin de prévenir la criminalité commise sous l'emprise de la drogue ou afin d'acquérir de la drogue.

1.1 La criminalité en lien avec les drogues : tendances

a) Les substances psychotropes et la criminalité : un lien de causalité?

Au niveau mondial, une **corrélation** claire peut être établie entre la criminalité et la consommation de drogue (Insulza, 2013). À titre d'exemple, aux États-Unis, 60% des individus arrêtés pour la plupart des types de criminalités répondent positivement au test de drogues illégales au moment de l'arrestation (National Association of Drug Court Professionals dans The National Council on Alcoholism and Drug Dependence, s. d.), alors que les consommateurs de drogue ne représentent que 9,2% de la population américaine (National Institute on Drug Abuse,

2014)¹. Au Canada les proportions sont similaires, avec deux tiers des délinquants admis dans les prisons fédérales qui sont aux prises avec la toxicomanie (CIPC, 2012), alors que les consommateurs de drogue représentent 10,2% pour le cannabis et environ 1% pour chacune des autres drogues (Santé Canada, 2014). Il y a donc une surreprésentation manifeste des consommateurs parmi les détenus.

Si une corrélation est avérée entre criminalité et consommation de substances illicites, le **lien de causalité** entre prise de stupéfiants et commission d'infractions est davantage remis en question (par ex : Sanfaçon, Barcheatch, Lopez, & Valade, 2005). En effet, le fait qu'un détenu soit consommateur de substances illicites ne prouve pas que l'acte ait été commis sous l'influence de la drogue ou pour acquérir de la drogue (Insulza, 2013). De plus, il faut souligner que la plupart des consommateurs de drogue ne commettent pas d'actes de délinquance de même que la consommation n'est pas, dans la majorité des cas, accompagnée d'actes criminels (MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003).

b) L'influence de la drogue sur la criminalité

L'influence des drogues sur la criminalité peut être :

- **directe** : sous l'influence de la substance ou pour soutenir une addiction, ou
- **indirecte** : influence de la substance sur le développement des capacités cognitives, fréquentation de pairs antisociaux, entre autres.

La consommation de drogue a une relation causale plus forte avec les crimes contre les biens.

En ce qui concerne l'influence **directe**, il est possible de distinguer celle qui vise à :

- financer sa consommation et
- celle sous l'influence de substances.

Les infractions en lien avec les drogues semblent avoir une relation causale beaucoup plus forte avec les crimes contre les biens qu'avec les crimes contre la personne et les agressions. À ce titre, l'Organe international de contrôle des stupéfiants souligne que :

¹ Au niveau mondial, le stupéfiant le plus consommé est le cannabis (3,8%), suivi des opioïdes et des stimulants de type amphétamine (chacun 0,7%), puis l'écstasy (0,4%), la cocaïne (0,37%) et finalement les opiacés (notamment l'héroïne) (0,35%) (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014)¹. Les utilisateurs de cannabis peuvent représenter entre 75% et 80% des individus consommant de la drogue illégale (Insulza, 2013).

« la criminalité associée à l'abus de drogues est pour l'essentiel non violente et a un caractère souvent mineur.² La criminalité économique-compulsive dont l'objet est d'obtenir des drogues, et qui se caractérise notamment par le vol ou le cambriolage est plus fréquente que les agressions liées aux drogues. » (CIPC, 2010, p. 74)

Certaines études établissent même qu'il n'existe pas de preuves convaincantes que la consommation de drogue augmente les assassinats et les crimes violents, voire que la relation est négative (par ex : Resignato, 2000 dans Markowitz, 2005; Corman & Mocan, 1996; et Gizzi & Gerkin, 2010). D'autres études prétendent le contraire³, notamment une méta-analyse qui présente le fait qu'il semblerait que la consommation de drogue soit fortement corrélée avec les agressions dans les relations intimes (Moore et al., 2008).

En ce qui concerne l'influence **indirecte**, des études démontrent qu'une consommation élevée de drogues durant l'adolescence peut nuire au développement de compétences communicationnelles et en matière de relations interpersonnelles, lesquelles sont nécessaires afin d'établir des relations saines (Hussong, Curran, Moffitt, Caspi, & Carrig, 2004; Reyes et al., 2011 dans McNaughton Reyes, Foshee, Bauer, & Ennett, 2014).

La consommation influence également le type de relations qu'une personne établira et par là même le style de vie qu'elle adoptera. Hunt (1990) souligne que « *les personnes qui abusent des drogues, particulièrement les drogues onéreuses telles que l'héroïne et la cocaïne, « sont plus enclines que les non consommateurs à être impliquées dans un mode de vie qui inclut une grande variété d'activités illégales » (p. 159) »* (Traduction libre Gizzi & Gerkin, 2010).

c) Différentes substances pour différentes criminalités

Il convient de préciser que ni les substances psychotropes ni la criminalité ne peuvent être analysés comme représentant des catégories homogènes. Le type de drogue influence le type de criminalité produite, ou son absence. À ce titre, une étude de Gizzi & Gerkin (2010) postule que :

Un défi important : le manque de recherche

La Fondation CLEEN basée au Nigéria et membre du CIPC, relate des anecdotes décrivant que des insurgés impliqués dans des massacres au Nigéria ont commis leurs actes sous l'emprise de forts stupéfiants. Néanmoins, aucune étude n'a été entreprise sur l'impact de la drogue sur la criminalité au Nigéria (Fondation CLEEN, 2015).

² OICS, Drogues, criminalité et violence : impact au micro-niveau.

³ par ex : Inciardi, 1979; Manzoni, Brochu, Fischer, & Rehm, 2006; Martin, Maxwell, White, & Zang, 2004; Mendes, 2000 dans Gizzi & Gerkin, 2010

« La logique est que différentes drogues génèrent différents effets sur les utilisateurs ainsi que sur leur potentiel engagement dans différents types de criminalités composant la connexion nexus drogue-crime » (traduction libre, pp. 931-932).

Les drogues avec de forts potentiels addictifs et causant des dégâts importants sur la santé sont généralement plus corrélées avec la criminalité que les drogues ne disposant pas de telles caractéristiques. Il est cependant peu commun qu'elles provoquent des comportements violents (Insulza, 2013).

Dans le schéma ci-dessous les différentes drogues sont représentées selon leur potentiel addictif ainsi que les dégâts physiques et sociaux⁴ qu'elles produisent.

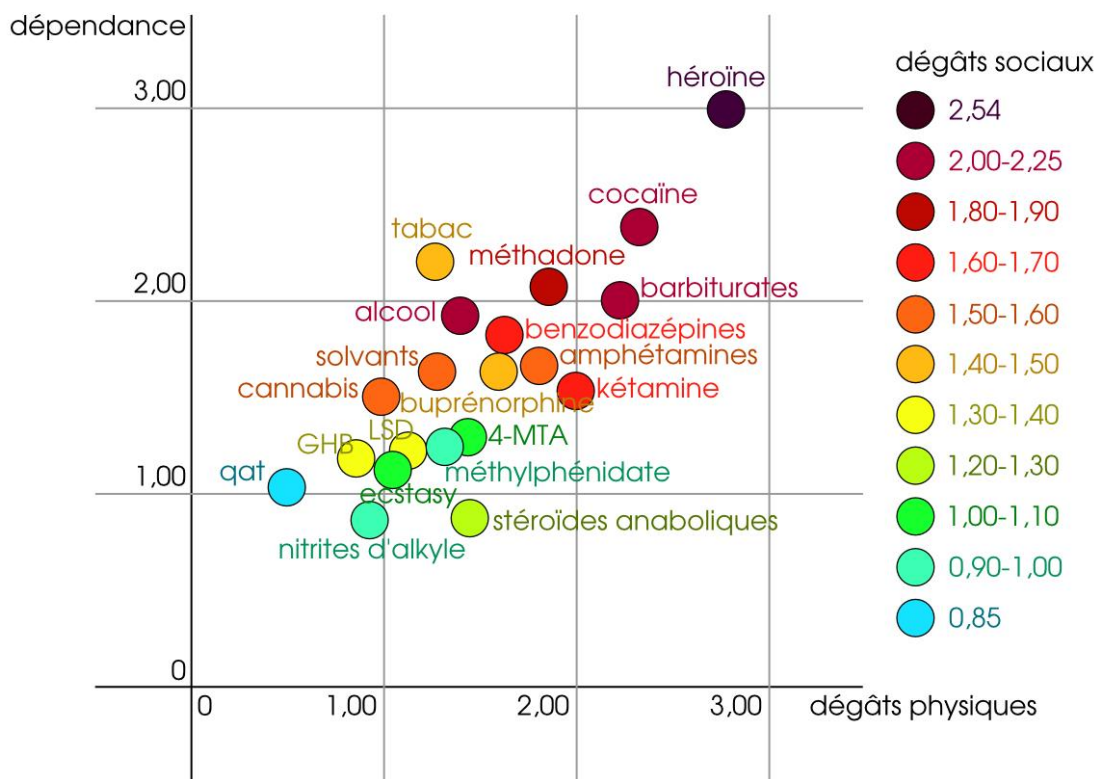


Figure 1. Ce schéma a été réalisé sur la base de l'article (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007), graphique réalisé par (Castro, 2014).

⁴ Par dégâts sociaux il est entendu les dommages aux familles et à la vie sociale, ainsi que les coûts du système de santé, des institutions sociales et de la police (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007).

Nous rappellerons également que la substance peut affecter différemment les individus en fonction de « *la taille, la dose, la composition du corps, la tolérance personnelle à la drogue et le contexte social dans lequel elle est consommée* » (Traduction libre Gizzi & Gerkin, 2010, p. 915).

La criminalité associée aux drogues la plus fréquente est la **criminalité en vue de soutenir une habitude de consommation**. Les drogues ayant un fort potentiel de développement de dépendance sont généralement à l'origine de ces infractions.

Une étude réalisée au Royaume Uni révèle qu'entre un tiers et la moitié des individus impliqués dans la délinquance acquisitive sont des consommateurs d'héroïne, de cocaïne ou de crack (Great Britain Home Office, 2010 voir aussi Insulza, 2013). D'après une étude menée au Colorado, les utilisateurs de méta-amphétamine seraient également plus enclins à s'engager dans certains crimes contre les biens afin de pouvoir financer leur consommation (Gizzi & Gerkin, 2010).

L'**effet psychopharmacologique** peut également avoir une influence sur les comportements criminels. Une étude de l'OEA confirme que les stimulants provoquent des comportements violents (Insulza, 2013). De même, en Australie, une étude dans le milieu carcéral expose que la plus grande proportion de personnes ayant commis des infractions en lien avec la drogue, étaient sous l'effet de benzodiazépines au moment de la commission de l'acte; cette substance induirait notamment des comportements désinhibés, agressifs et étranges (Sutherland et al., 2015).

La recherche indique également que les individus ayant une dépendance aux méta-amphétamines « *rapportent une difficulté grandissante pour contrôler leur colère et leurs comportements violents* » (Traduction libre Zweben et al., 2004 dans Sutherland et al., 2015). Il a d'ailleurs été rapporté dans une étude menée à Los Angeles, États-Unis, que 35% des utilisateurs de méta-amphétamine âgés de 18 à 25 ans ont commis des actes de violence sous l'effet de la drogue (Baskin-Sommers B, Sommers, 2006 dans Atkinson et al., 2009). La Phencyclidine est également réputée provoquer des comportements violents, agressifs et étranges (Bey & Patel, 2007).

Enfin, une étude menée auprès de jeunes en Allemagne, en Espagne et en Angleterre montre que la consommation de cocaïne pendant les vacances augmentait de trois fois la probabilité d'être impliqué dans une rixe; la consommation de cannabis multiplierait cette probabilité par deux (Hughes K et al, 2008 dans Atkinson et al., 2009).

L'expérience de l'ONG Khulisa en Afrique du Sud

L'organisation Khulisa, membre du CIPC, travaille sur le thème de la prévention de la consommation de drogue en Afrique du Sud. Les témoignages récoltés dans ses bureaux sur le terrain ont permis d'établir l'existence de différents types de criminalité associée aux drogues selon le contexte socio-économique. Il semblerait en effet que dans les quartiers les plus pauvres, les crimes soient réalisés pour soutenir la consommation. Dans les quartiers marqués par la présence des gangs de rues, les personnes consomment pour augmenter leur confiance et se désinhiber (Khulisa, 2015).

L'état de dépendance peut également influencer la criminalité. En effet, il a pu être constaté que les moments d'addictions intenses décuplent la probabilité qu'une infraction soit commise et diminue lorsque la dépendance diminue également (Insulza, 2013). À ce titre, les auteurs Baskin-Sommers et Sommers (2006) ont pu observer que la consommation de faibles doses de méta-amphétamines n'augmente pas les comportements agressifs, alors qu'une consommation plus substantielle et à long terme opère des changements des comportements sociaux des consommateurs. Dans la même veine, l'utilisation chronique tend à réduire le contrôle des impulsions et entraîne des comportements exagérément défensifs. De plus, une forte consommation de méta-amphétamine associée à l'alcool provoquerait une paranoïa fréquente, générant des comportements agressifs et violents.

En outre, dans certains cas le **sevrage** provoque des comportements violents. Différentes études ont suggéré que le sevrage après une longue consommation d'héroïne et de cannabis pouvait impliquer des agressions⁵.

En dernier lieu, de nombreuses études montrent également que la consommation de drogue augmente la probabilité d'être victime de criminalité (Atkinson et al., 2009).

d) *Constats*

L'observation de la criminalité en lien avec les drogues a permis de dégager un certain nombre de constatations :

- Les substances psychotropes peuvent avoir des conséquences en matière de criminalité à **court terme** (pour l'acquisition de drogue ou sous l'influence de drogues) ou à **long terme** (développement cérébral, fréquentation de pairs antisociaux, entre autres).
- La criminalité en lien avec les drogues est plus présente dans les **infractions contre les biens** que contre les personnes.
- Le **type de drogue** consommée influence différemment les comportements : les stimulants comme la cocaïne, les amphétamines et la méta-amphétamine font partie des substances plus susceptibles de générer des comportements violents.
- La criminalité en lien avec les drogues dépendra notamment de l'**état d'addiction** du consommateur.
- Le **sevrage** peut provoquer des agressions.

⁵ Pour plus d'informations, se référer aux études citées par Atkinson et al., 2009, p. 5.

1.2 Les jeunes

a) Les facteurs de risques et de protection chez les jeunes

Ce rapport insiste particulièrement sur la prévention de la criminalité en lien avec les drogues **auprès des jeunes**. En effet, d'une part les jeunes entre 10 et 29 ans sont potentiellement plus à même de s'engager dans des violences interpersonnelles ou d'en être les victimes. Cela s'observe notamment au niveau des violences de gangs et dans les relations conjugales, lorsque la consommation de substances psychoactives est plus élevée (Atkinson et al., 2009). D'ailleurs, l'ONUDC identifie jeunesse en tant que telle comme un facteur de risque de devenir consommateur de drogues (Nations Unies & Office contre la drogue et le crime, 2003).

D'autre part la consommation de substances psychotropes peut avoir une influence majeure sur « leur éducation, leur santé, leur famille et leurs chances de vie à long terme » (Traduction libre

Les programmes de prévention ont pour objectif de renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risque.

Great Britain Home Office, 2010, p. 7). En effet, le cerveau des adolescents est encore en phase de développement; par conséquent, plus l'initiation aux drogues se fait tôt, plus les probabilités de développer des problèmes de toxicomanie sont importantes (ONUDC, 2013a). Il est donc pertinent pour une stratégie antidrogue de prendre en compte les particularités des jeunes lors de la mise en œuvre d'une approche préventive.

Avant de concevoir tout programme de prévention de la criminalité et/ou de la consommation de stupéfiants, il est fondamental de cerner **les facteurs de risque** et **les facteurs de protection**. En effet, « le fait de cumuler une série de facteurs de risques et en même temps de ne pas bénéficier de facteurs de protection formerait alors un syndrome dit de comportements à « problèmes » (Jessor et Jessor, 1977 ; Hawkins et coll. 1992 ; Farrington, 1995 dans Sanfaçon et al., 2005, p. 50). Dès lors, les programmes de prévention ont pour objectifs principaux de renforcer les facteurs de protection et de diminuer les facteurs de risque.

Par facteur de protection, il est entendu des caractéristiques diminuant la possibilité qu'un individu s'implique dans un comportement criminel ou violent (voir par exemple World Bank Institute, s. d.-a) ou dans le cas présent, dans la consommation de stupéfiants.

À l'inverse, les facteurs de risque sont « des caractéristiques augmentant la probabilité qu'un individu s'implique dans actes criminels ou violents (en tant que victime ou auteur)» (Traduction libre World Bank Institute, s. d.); et dans ce cas précis, dans la consommation de substances illicites. Il a de plus été établi lors d'études longitudinales qu'« aucun facteur de risques ne conduit à la délinquance, mais c'est l'accumulation de facteurs de risques et de domaines de facteurs⁶ qui

⁶ Individuels, familiaux, sociaux, etc.

sera déterminante » (Wasserman et coll., dans Sanfaçon et al., 2005, p. 49). Les programmes doivent donc aborder différents facteurs de risques, une initiative isolée risquant d'être peu porteuse.

Les facteurs de risques et de protection peuvent être différents selon s'ils concernent la consommation de substance ou la criminalité. Cependant, de nombreux points de connexion existent. D'une part, il a été établi dans une étude de l'OMS que la consommation de drogue est un facteur de risque de la criminalité (Krug EG et al, 2002 dans Atkinson et al., 2009). D'autre part, les auteurs Atkinson et al. (2009) ont dressé la liste des facteurs de risque commun (voir Figure 2. Facteurs de risques communs entre l'abus de substance et la criminalité (Traduction libre, Atkinson et al. 2009, p. 6).

Individuel (niveau micro)	Relationnel (niveau meso)
Stress/dépression/anxiété	La consommation abusive de substances psychoactives par les parents ainsi que leur déviance
Problèmes de personnalité et de comportement, notamment l'impulsivité, l'hyper activité, la recherche de sensations et les problèmes d'attention	L'interaction familiale notamment le peu de surveillance, peu de supervision et de discipline, les conflits familiaux, peu d'attentes parentales, le rejet parental, une cohésion familiale faible.
L'agression	La structure familiale – parent célibataire ou divorcé
Les problèmes de santé mentale	Le comportement des pairs (par exemple des paires consommant de la drogue)
Genre - homme ⁷	Communautaire et sociétal (niveau macro)
Âge - jeunes ⁸	Haute disponibilité de drogue
Les résultats scolaires notamment l'absentéisme, un manque de soutien formel et peu d'aspirations éducatives	Statut socio-économique faible
	Troubles dans le voisinage

Figure 2. Facteurs de risques communs entre l'abus de substance et la criminalité (Traduction libre, Atkinson et al. 2009, p. 6)

⁷ Cependant, les femmes sont plus à risque de devenir victimes de certains types de violence comme la violence sexuelle.

⁸ Cela n'inclut pas le mauvais traitement des aînés.

D'autre part, il existe également des facteurs **protecteurs** qui doivent être renforcés et qui sont le pendant des facteurs de risque. Au niveau individuel il s'agit de facteurs tels que l'estime de soi ou une personnalité encline à éviter les risques (Insulza, 2013). En termes de facteurs familiaux, les auteurs Bry et Slechta (en impression dans Dusenbury, 2000) relèvent que les facteurs suivants

L'influence familiale est l'un des facteurs de risque et de protection les plus importants.

semblent protéger les enfants, quelle que soit leur culture: avoir une relation chaleureuse avec les parents, une gestion ou supervision des enfants (notamment des adolescents), une bonne communication, des rétro-alimentations positives des parents, une discipline familiale établissant une gamme d'attentes positives et

qui est faite respectée, l'implication des parents dans les activités des enfants et la recherche d'aide et de soutien pour les enfants. L'influence familiale est reconnue comme l'un des facteurs de risque et de protection les plus importants en matière de protection de l'adolescent contre l'abus de substance (Vakalahi, 2001 dans Lee, 2012, p. 407). L'attachement au milieu scolaire ainsi que l'influence de pairs peu tolérants à la consommation de substances constituent également des facteurs protecteurs, (Insulza, 2013). Enfin, une communauté offrant un réseau de soutien social et une condition sociale favorable (par exemple des instruments publics ou privés destinés à réduire l'exclusion sociale et les inégalités) tiendra également les jeunes à l'écart de la consommation problématique de substances (Insulza, 2013).

Cependant, l'établissement du lien entre les facteurs de risque et de protection en matière de consommation de substances et la délinquance appelle à des recherches ultérieures. En effet:

les chercheurs concluent que (a) les processus sous-jacents à l'interaction de ces divers facteurs de risques et de protection demeurent inconnus, et (b) dans plusieurs cas, on continue d'ignorer si ces facteurs sont, pour plusieurs, des causes ou des corrélats des comportements antisociaux (Sanfaçon et al., 2005, p. 50).

De par l'étude des facteurs causaux de la criminalité et de la consommation de substances chez les jeunes, on comprendra que **les programmes de prévention** ne traitent pas nécessairement directement de la drogue (il se peut que la thématique de la drogue ne soit pas abordée avec les jeunes au sein des programmes), mais **se centrent plutôt sur la réduction des facteurs de risque et l'augmentation des facteurs de protection.**

b) La santé mentale

Il existe une association claire entre la santé mentale et la consommation de drogues: une personne ayant une maladie mentale a plus de chance de souffrir de toxicomanie et l'inverse est également avéré. Lorsqu'une personne souffre d'une maladie mentale et de toxicomanie, on parle de *troubles concomitants*.

Une étude menée aux États-Unis révèle que :

- « 30 % des personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble de santé mentale, ont un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie plus tard dans leur vie. Ce taux est près de deux fois supérieur au taux relevé chez les personnes n'ayant pas eu de trouble de santé mentale au cours de leur vie.
- 53 % des personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble lié à la toxicomanie ont un trouble de santé mentale plus tard dans la vie. Ce taux est près de quatre fois supérieur au taux relevé chez les personnes n'ayant pas eu de trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie au cours de leur vie. » (Reiger et coll., 1990 dans Skinner & Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2011, p. 2)

Les troubles concomitants touchent particulièrement les jeunes puisque la plupart des maladies mentales commencent avant l'âge adulte (Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005) et Kim-Cohen J et al (2003) dans Great Britain Home Office, 2010).

c) Les programmes prometteurs avec les jeunes

Afin de prévenir la criminalité auprès de jeunes, l'auteur Shaw (2007, p. 8) a établi des indicateurs sur la base de la résolution de l'ECOSOC 2002/13 pour mettre en place des programmes fructueux. Il s'agit :

- (a) Des approches inclusives réduisant la marginalisation des jeunes,
- (b) Des approches participatives,
- (c) Des stratégies multisectorielles intégrées,
- (d) Des stratégies équilibrées incluant des interventions précoces, sociales, des programmes éducatifs, des approches réparatrices et de contrôle de la criminalité,
- (e) Des stratégies et des programmes adaptés aux besoins spécifiques des groupes à risques,
- (f) Des approches qui respectent les droits des enfants et des jeunes [traduction libre].

Il a également été souligné l'importance de renforcer les facteurs protecteurs au travers des programmes de prévention, notamment par le biais de mesures de substitution à l'incarcération (Shaw & Travers, 2007).

Ces indicateurs seront utilisés afin d'évaluer la pertinence de l'approche en matière de jeunes dans les stratégies nationales.

1.3 La prévention de la criminalité en lien avec les drogues

La criminologie a emprunté au domaine de la santé trois catégories de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Elles se définissent de la façon suivante (ONUDC, 2011, p. 16) :

- Par prévention **primaire**, on entend les programmes ou initiatives qui s'adressent à ceux qui n'ont jamais eu [à faire] avec le système de justice pénale, comme les programmes d'éducation ou de sensibilisation du grand public ou des jeunes concernant la violence au foyer ou le harcèlement à l'école.
- Par prévention **secondaire**, on entend les programmes spécifiquement axés sur les enfants et les jeunes identifiés par les services sociaux, les services d'enseignement ou le système de justice comme risquant de se trouver impliqués dans la délinquance.
- Par prévention **tertiaire**, on entend les programmes qui s'adressent à ceux qui sont détenus ou qui sont sur le point d'être libérés afin de prévenir leur récidive.

Afin de prévenir la criminalité en lien avec les drogues, nous avons pu relever trois types d'approches préventives :

- La prévention de la consommation de stupéfiants illégaux,
- La réduction des méfaits (prévention des comportements à risque liés à la consommation),
- La prévention de la récidive.

a) La prévention de la consommation

Les campagnes

La campagne médiatique de masse est un outil d'intérêt dans le cadre de la prévention puisqu'elle permet de toucher un grand nombre d'individus. Elle vise particulièrement à sensibiliser aux conséquences néfastes des drogues et à décourager la consommation.

Une campagne mal conçue peut avoir un impact négatif et augmenter la consommation de drogue.

Bien que de nombreux pays y aient recours et que des sommes importantes soient investies dans leur réalisation, les campagnes médiatiques n'ont pas été suffisamment évaluées pour établir leur efficacité (Wakefield, Loken, & Hornik, 2010a). En effet, les recherches montrent que peu de preuves ont été établies de leur capacité à réduire la consommation (voir par exemple UNODC, 2013 et European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction, 2013).

De surcroît, l'ONUDC relève qu'une campagne mal conçue peut avoir un effet contre-productif rendant les individus dédaigneux ou réfractaires aux autres interventions antidrogue (ONUDC, 2013a).

À ce titre, une évaluation de la campagne américaine en vigueur de 1998 à 2004, présente le fait que selon la théorie de la réactance psychologique, les jeunes sentant leur liberté de choix menacée peuvent adopter le comportement proscrit afin d'assurer leur liberté. En d'autres termes, « *les jeunes exposés aux messages antidrogue réagissent à contre-pied, exprimant une attirance pour la drogue*⁹ » (Traduction libre, Hornik, Jacobsohn, Orwin, Piesse, & Kalton, 2008).

L'évaluation présente également une théorie alternative : les campagnes antidrogue véhiculent le message que la consommation de drogue est répandue, ce qui motive l'initiation des jeunes non-consommateurs (R. C. Hornik et al., 2008)

Les auteurs Palmgreen et Donohew (2006) affirment que malgré le manque de recherche en matière de campagnes antidrogues efficaces, il demeure possible de se baser sur les recherches plus larges en matière de comportements liés à la santé. Ils présentent ensuite une approche de prévention basée sur la théorie de la recherche de sensation. En effet, la recherche de sensation est un attribut du caractère qui est corrélé avec la consommation de drogue (les auteurs citent un certain nombre d'études à cet égard). Afin de prévenir la consommation de drogue, il convient d'adapter les messages de prévention à cette *recherche de sensation* : les campagnes doivent donc être (1) novatrices, créatives ou inusuelles; (2) complexes; (3) comprendre des stimuli intenses qui sont puissants émotionnellement ou, qui éveillent physiquement; (4) graphiques ou explicites; (5) quelque peu ambigus; (6) non-conventionnels; (7) très rythmés; et (8) empreint de suspens (Donohew et al., 1991 dans Palmgreen & Donohew, 2006).

Au sein des écoles

En 2002, l'UNODC établissait au travers d'une étude que la majorité des initiatives antidrogue mises en œuvre par les gouvernements à travers le monde avait lieu au sein des écoles (Botvin & Griffin, 2007). Néanmoins, les programmes en milieu scolaire ne démontrent pas nécessairement des résultats concluants.

Les programmes scolaires de prévention doivent être utilisés de concert avec d'autres initiatives.

À titre d'exemple, le programme D.A.R.E. (*Drug Abuse Resistance Education*) est mis en œuvre dans 50 états des États-Unis et 49 pays (D.A.R.E., s. d.-b) et constitue donc, un programme de référence en la matière. Néanmoins, différentes études démontrent que D.A.R.E. n'a pas d'impact à long terme sur la prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes (voir par exemple Kanof, 2003).

⁹ Les auteurs n'ont cependant pas trouvé de soutien à cette théorie.

Afin d'appréhender l'efficacité des programmes en milieu scolaire, différentes données doivent être prises en considérations. Premièrement, étant donné l'importance des facteurs de risques sociaux et familiaux en matière de consommation de drogue, la prévention en milieu scolaire est généralement inefficace lorsqu'elle est utilisée seule (voir par exemple Botvin, 1999; Flay, 2000; Lloyd et al., 2000 dans Ariza et al., 2013) et doit donc nécessairement être combinée avec d'autres initiatives. En effet, il est difficile pour les interventions de prévention en milieu scolaire d'aborder des points cruciaux comme les familles conflictuelles ou abusant de drogues, ou encore l'exposition à la promotion de drogues (Hawthorne, 2001).

Deuxièmement, il existe différents modèles de prévention de la consommation. Historiquement, l'approche la plus utilisée a été celle de la **diffusion de l'information sur les dangers** de l'utilisation et de l'abus de drogue (Botvin & Griffin, 2007). Or, les évaluations ont montré que cette approche ne modifie et ne prévient pas les comportements de consommation (par ex : Botvin et Botvin, 1992 dans Botvin & Griffin, 2007 et Hawthorne, 2001). De même, l'utilisation de la peur ne donne pas de résultats probants (ONUDC, 2013a).

Une autre approche est celle des programmes préventifs centrés sur **l'entraînement des capacités de résistance sociale**. Elle vise à enseigner aux jeunes les manières d'éviter les situations où ils pourraient sentir une pression sociale les poussant à consommer des drogues illicites et le cas échéant, les manières leur permettant de refuser. D'après les études en la matière, une réduction de la consommation de marijuana d'environ 45% a été observée chez les fumeurs réguliers et le programme prévenait un tiers de commencer à fumer (Ellickson et Bell, 1990; Shope et al., 1992 dans Botvin & Griffin, 2007) mais ce succès ne s'est maintenu que trois ans après la fin du programme (Bell, Ellickson et Harrison, 1993; Ellickson, Bell et McGuigan, 1993; Flay et al., 1989; Murray, David-Hearn, Goldman, Pirie et Luepker, 1988; Shope, Copeland, Kamp et Lang, 1998 dans Botvin & Griffin, 2007).

Selon Botvin, qui se base notamment sur des méta-analyses (Bangert-Drowns, 1998; Tobler, 1992; Tobler et Stratton, 1997) les programmes les plus efficaces sont :

Délivrés interactivement et enseignent des compétences pour aider les jeunes à refuser des offres de drogue, résister à l'influence sociale associée aux drogues, corriger la mauvaise perception que l'utilisation de la drogue est la norme¹⁰ et à améliorer les compétences sociales et personnelles. [traduction libre (Botvin & Griffin, 2007, p. 613)].

L'étude de Cuijpers (2002) corrobore l'idée selon laquelle les interventions doivent être interactives et favoriser les compétences sociales pour résister aux pressions de la consommation. Il souligne également l'importance de mettre en œuvre des stratégies fondées sur des données

¹⁰ Corriger la perception erronée qu'une grande partie des jeunes consomment des substances illicites.

probantes, de renforcer l'engagement et l'intention des jeunes de ne pas utiliser de drogue. Il ajoute que les interventions communautaires (auprès des familles, campagnes médiatiques et auprès des communautés), ainsi que l'utilisation de pairs *leaders* renforcent l'effet des initiatives au sein de l'école¹¹.

Au sein des familles

La famille est le premier contexte social des jeunes, et un espace important de développement. Par conséquent, les problèmes familiaux et les pratiques parentales dysfonctionnelles ont montré être des éléments de prédiction précoces importants de l'abus de drogue à l'adolescence (Sanders, 2000).

Réciproquement, certaines études suggèrent que les trois facteurs protecteurs les plus importants - pour qu'un jeune ne consomme pas de drogue et n'ait pas non plus d'autres problèmes comportementaux à l'adolescence - sont familiaux, à savoir:

- Des relations positives parents/enfants,
- Une supervision parentale et une discipline cohérente, et
- Des attitudes ou valeurs parentales contre l'abus de drogues (Ary et al., 1999; CSAP, 2000; Dembo et al., 2000 dans Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003).

Il est essentiel de considérer la prévention familiale dans les stratégies contre l'abus de substances.

Par conséquent, il est essentiel de considérer la prévention familiale lors de la mise en œuvre de stratégies contre l'abus de substances. En outre, il a été démontré au travers de différentes études que la combinaison d'approches préventives centrées sur le jeune et la famille sont beaucoup plus efficaces que celles qui tiennent compte uniquement du jeune (voir par exemple Kumpfer et al., 2002 dans Kumpfer et al., 2003).

Les évaluations ont permis d'établir certains programmes comme étant particulièrement efficaces.

La **prévention axée sur la famille dans son entier**, incluant une formation pour les parents, les enfants et les familles dans leur ensemble a démontré des résultats positifs sur la réduction de consommation de cannabis chez les jeunes (Gates et al., 2006 dans European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction, 2013a).

Les **interventions précoces** pour soutenir les familles avec de hauts facteurs de risque et de bas revenus, avant et après la naissance des enfants, ont montré une efficacité quant à la prévention de la consommation de drogue chez les adolescents 15 ans plus tard (Olds, 1997; Olds,

¹¹ Voir également méta-analyse de Faggiano (2008 dans Diamond et al., 2009)

Henderson, Cole, Eckenrode, Kitzman, Luckey, Pettit, Sidora, Morris et Powers, 1998 dans Dusenbury, 2000).

En outre, les **programmes cognitivo-comportementaux** ont les plus hauts taux de succès, succès qui se maintient à long terme (Kazdin, 1995; Sanders, 19996; Serketich et Dumas, 1996; Taylor et Biglan, 1998; Webster-Stratton et Taylor, 1998; 2002 dans Kumpfer et al., 2003).

L'auteur Kumpfer (2003) souligne également l'importance des méthodes de formation interactives. Il ajoute qu'il est important de mettre en place des méthodes pour **impliquer et retenir les familles difficiles à atteindre**, et pour renforcer les **facteurs protecteurs**. Il étaye également que **l'ordre dans lequel la formation est donnée** a une importance. En effet, les premières sessions doivent servir à créer un environnement familial, puis par la suite la discipline doit être mise en place.

Les standards de l'ONU DC ajoutent que les programmes doivent permettre de renforcer les liens familiaux, et de soutenir les parents afin qu'ils prennent un rôle plus actif dans la vie de leurs enfants et soient des modèles pour leurs enfants (ONU DC, 2013a). À l'inverse il est contre-productif de miner l'autorité des parents, d'utiliser des méthodes non interactives, de fournir des informations sur les drogues aux parents afin qu'ils parlent à leurs enfants, de se centrer uniquement sur l'enfant et finalement que les formations soient données par du personnel peu formé (ONU DC, 2013a).

Au sein des communautés

Les stratégies les plus efficaces sont celles qui visent plus d'un facteur de risque, intègrent toute la communauté et sont coordonnées au travers de l'enfance et l'adolescence.

Les interventions au sein des communautés se définissent comme « *une série d'activités combinées dans une ville ou une région spécifique, avec la participation des résidents* » (Traduction libre (Cuijpers, 2003, p. 7). Plus précisément, les programmes communautaires de prévention de la consommation de drogues chez les jeunes peuvent être définis comme étant « *des programmes réalisés hors de l'école qui impliquent des jeunes à risque d'utilisation de substances, dans des activités alternatives* » (Traduction libre, Jones et al., 2006, p. 87). Typiquement, les personnes vivant dans une communauté jouent un rôle important dans la décision des initiatives qui seront mises en œuvre et à qui elles s'appliqueront

(Bracht & Gleason, 1990 dans Cuijpers, 2003). En effet, les programmes de prévention participatifs renforçant les relations entre les jeunes et les organismes communautaires, sont plus à même de réduire les problèmes comportementaux tels que la consommation de la drogue (UNODCCP 2002 dans Diamond et al., 2009).

En matière de prévention de la consommation, les études tendent à montrer que les stratégies les plus efficaces sont celles qui visent plus d'un facteur de risque, intègrent toute la communauté et

sont coordonnées au travers de l'enfance et l'adolescence (voir Drug Info Clearinghouse, 2002 et Perry et al. 1996; Wood et al. 2006 dans Diamond et al., 2009)¹².

En outre, une revue de la littérature sur le sujet a montré qu'il existait cinq recommandations qui, lorsqu'elles étaient intégrées à la pratique, rendaient les efforts de prévention plus efficaces¹³.

Ces cinq recommandations sont les suivantes :

1) La communauté doit être prête à recevoir un programme de prévention, 2) des coalitions communautaires efficaces doivent être développées, 3) la programmation doit être adaptée à la communauté, 4) la fidélité au programme doit être maintenue, 5) des ressources, une formation, une assistance technique adéquate et une attention à l'évaluation sont nécessaires (traduction libre, Stith et al., 2006, p. 599).

Les auteurs relèvent, pour déterminer si une **communauté est prête à recevoir un programme de prévention**, qu'il est notamment crucial que la communauté reconnaisse qu'un problème existe. Parfois la communauté n'est pas suffisamment sensibilisée et il est nécessaire d'effectuer une campagne de sensibilisation préalable.

Ensuite, les **coalitions communautaires** doivent inclure une large gamme de parties prenantes, posséder un climat interne positif favorisant la confiance mutuelle et finalement, une direction efficace est nécessaire.

Les interventions communautaires doivent également **connaître les besoins des populations** et y répondre. Une évaluation préalable à l'intervention est donc nécessaire.

La **fidélité du programme** se réfère au fait que celui-ci doit être mis en œuvre tel qu'il a été conçu et éprouvé.

Finalement, les auteurs identifient que les programmes efficaces possèdent des **ressources suffisantes** en matière de financement, un personnel et une organisation stables, une formation suffisante, un soutien administratif, une assistance technique et une évaluation du programme¹⁴ (Stith et al., 2006).

En matière de prévention communautaire de la toxicomanie, il existe peu d'évaluations. Néanmoins, lors d'une revue de littérature incluant 222 études, il a pu être établi que les interventions communautaires et familiales ont des effets à plus long terme que les interventions

¹² Voir également Cujipers 2003; Morsillo et Prilleltensky 2007; Pentz 2003 dans Diamond et al., 2009).

¹³ Cette recherche comprend mais n'est pas limitée à la prévention de l'utilisation de drogue.

¹⁴ (Backer, 2000; Biglan, Mrazek, Carnine, et Flay, 2003; Chinman et al., 2005; Elliott et Mihalic, 2004; Galano et al., 2001; Kellam et Langevin, 2003; Mihalic et al., 2001; Morrissey et al., 1997; Mulroy, 1997; Pentz, 2004; Rhatigan, Moore, et Street, 2005; Sanders et al., 2002; Sandler et al., 2005)

brèves sur la diminution de consommation de marijuana (Jones et al., 2006). En outre, bien que peu de recherches aient été menées sur la consommation de drogue chez les jeunes commettant des actes de délinquances, le Programme *Thérapie familiale multi-systémique* a été identifié comme particulièrement bénéfique. Ce programme, qui vise les interactions des individus, de la famille, des pairs, du milieu scolaire et des facteurs environnementaux, est plus efficace que les services de justice pénale afin de réduire la consommation immédiate de drogues ainsi que les comportements criminels (Jones et al., 2006).

b) La réduction des méfaits

La prévention de la consommation est une manière d'aborder la criminalité sous l'effet de la drogue ou afin d'acquérir de la drogue. Il existe également une approche de réduction des méfaits qui ne vise pas directement à réduire la consommation de stupéfiants, mais s'attaque à réduire ses effets négatifs sur la société (CIPC, 2010). Ces initiatives relèvent principalement du domaine de la santé publique, mais une partie vise également la prévention de la criminalité commise sous l'emprise de drogue ou afin d'acquérir de la drogue.

Une des approches de réduction des risques est **la dispense de méthadone, héroïne et cocaïne sous la supervision médico-étatique**. Cela a notamment pour but de réduire la criminalité liée à l'approvisionnement (ETHZ, 2007). En Suisse, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Allemagne et au Danemark un traitement de prescription médicale d'opiacés a été mis en place pour les héroïnomanes fortement dépendants pour lesquels les autres formes de traitement n'ont pas été concluantes¹⁵ (Nadelmann, 2015). L'évaluation de cette initiative a démontré une réduction significative du taux de criminalité, notamment en Suisse (Aebi, Ribeaud, & Killias, 1999), en Allemagne¹⁶, aux Pays-Bas (van den Brink et al., 2003) et en Angleterre¹⁷. En outre, une étude en Suisse a pu démontrer une réduction de la marginalisation observant une amélioration de la

¹⁵ Strang, J., Groshkova, T. & Metrebian, N. (2012). *New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Insights. Luxembourg: Publications.

¹⁶ Bammer, G., van den Brink, W., Gschwend, P., et al. (2003). What can the Swiss and Dutch trials tell us about the potential risks associated with heroin prescribing? *Drug and Alcohol Review*, 22(3), 363-71; Dijkgraaf, M. G., van der Zanden, B. P., de Borgie, C.A., et al. (2005). Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ*, 330, 1297-1302 dans Nadelmann, 2015.

¹⁷ See, e.g., van den Brink, W., Hendricks, V. M., Blanken, P., et al. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327, 310-316; Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P., et al. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence. *British Journal of Psychiatry*, 191, 55-62; March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., Carrasco, F. et al. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 203-211; Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D., et al. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opiate addiction. *The New England Journal of Medicine*, 361, 777-786; Perneger, T. V., Giner, F., del Rio, M. & Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal* 317, 13-18; Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N., et al. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *Lancet*, 375, 1885-1895 dans Nadelmann, 2015.

situation en matière de logement et d'emploi ainsi qu'une diminution du recours aux aides sociales (Rehm et al., 2001)

Les **salles d'injection** permettent quant à elles aux consommateurs d'apporter de la drogue achetée illégalement – fréquemment de l'héroïne ou de la cocaïne – et de la consommer sous supervision (Home Office, 2014). La fréquentation de ces salles se traduit par une amélioration de l'ordre public, la consommation des substances se réalisent désormais (Hedrich, Kerr, & Dubois-Arber, 2010).

De plus, il est également possible, comme l'a fait la Belgique, de déterminer différents **types de consommation punissable** : la nuisance publique, la consommation à problème, les circonstances de consommation à proximité des écoles, ou encore consommer trop ouvertement dans des lieux publics, en sont des illustrations (CIPC, 2010)¹⁸.

c) La prévention de la récidive

La prévention de la récidive intervient lorsqu'une personne a des antécédents avec la justice relativement à la criminalité commise sous l'emprise de drogue ou afin d'acquérir de la drogue.

Lorsqu'un individu commet une infraction sous l'emprise de la drogue, deux approches sont possibles : la répression, où l'individu est emprisonné, et l'approche orientée sur la santé. L'approche de santé soutient que la dépendance à la drogue est un trouble de la santé qui naît de l'exposition aux drogues d'une personne possédant des vulnérabilités psychobiologiques préexistantes, la punition n'étant de fait pas une réponse appropriée (Chandler et al., 2009, Dackis and O'Brien, 2005, McLellan et al., 2000 dans UNODC, 2010). L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime soutient cette position; il souligne que l'approche orientée sur la santé est en accord avec les conventions internationales sur les drogues, ainsi qu'avec une large gamme de preuves scientifiques (ONUDC, 2010).

Ainsi, **les traitements constituent un outil de réduction de la criminalité**. En effet, le traitement a démontré réduire la criminalité davantage que l'emprisonnement (Gerstein and Harwood, 1990, Guydish et al., 2001 dans UNODC, 2010). À titre d'exemple, des études longitudinales sur le traitement de la toxicomanie menées aux États-Unis ont montré que dans le cas de la dépendance à la cocaïne, les traitements permettaient de faire diminuer la consommation ainsi que la délinquance (40 % à l'entrée, 16 % après un an et 25 % après 5 ans) (Simpson et Coll, 2002 dans (Sanfaçon et al., 2005). Le fait d'avoir un traitement accessible pour les individus désireux de sortir leur dépendance est donc une pierre angulaire de la réduction de la criminalité. Il est à souligner que le traitement est *volontaire* et ne peut en aucun cas être obligatoire. Le cas échéant,

¹⁸ Faisant référence à la *Directrice commune de la ministre de la justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis*.

il représenterait une violation des droits humains et des standards médicaux (UNODC et WHO, 2008 dans UNODC, 2010).

Le traitement peut également être proposé comme alternative à l'emprisonnement. À ce titre, **les tribunaux de traitement de la toxicomanie** permettent d'intégrer le système judiciaire, les services sociaux et le traitement du consommateur ayant commis une infraction non violente. Ils visent à traiter les causes sous-jacentes qui ont amené l'individu à commettre une infraction. L'Organisation des États Américains souligne que ces tribunaux « *contribuent à réduire la délinquance, à diminuer les rechutes de consommation, à réduire la population pénitentiaire et à diminuer les coûts de l'emprisonnement* » (traduction libre Insulza, 2013, p. 100).

Les **commissions de dissuasion** sont une autre mesure alternative mise en place par le Portugal. Lorsque les individus possédant des faibles doses de drogue sont arrêtés, ils sont conduits devant un panel qui siège hors du système judiciaire. Ce panel est notamment assisté par des psychologues et des travailleurs sociaux. Le but est de décharger le système judiciaire et d'orienter les contrevenants vers le traitement¹⁹.

Un autre programme prometteur est le **Hawaii Opportunity Probation with Enforcement** (HOPE). Ce programme est destiné aux probationnaires consommant des substances avec un historique de consommation de drogue important et à haut risque de retourner en prison. Les probationnaires sont testés périodiquement afin de déterminer s'ils consomment de la drogue. Si le résultat est positif, ils doivent retourner immédiatement en prison; s'il est négatif, ils reçoivent différents types de récompenses. Les résultats sont encourageants puisque le groupe HOPE a 55% moins de chance de voir leur probation révoquée que le groupe de contrôle (National Institute of Justice, s. d.).

L'auteur Insulza (2013) souligne que les efforts suivants promeuvent l'intégration sociale et diminuent la récidive : le traitement contre les drogues pour les délinquants souffrant de toxicomanie lorsqu'ils sont en prison, le développement de jugements communautaires et de réinsertion. Il souligne que la participation des acteurs locaux et communautaires est fondamentale dans la mise en œuvre de ces programmes.

Enfin, il convient de mentionner l'importance des programmes de **réintégration** après un traitement de la toxicomanie dans la prévention de la récidive. Au cours d'un entretien, un responsable de la stratégie nationale du Royaume-Uni a souligné l'importance du recours à ces programmes. En effet, sans accompagnement, une personne récemment sortie de la toxicomanie risque de retrouver son environnement initial et sombrer à nouveau dans la dépendance. Un programme typique de réinsertion comprend un soutien pour retrouver un logement, pour avoir accès à une formation et pour retrouver un emploi (Sumnall & Brotherhood, 2012).

¹⁹ Pour plus de détails, se référer à la section sur la stratégie antidrogue du Portugal de ce rapport.

2. Méthodologie

Ce rapport a pour objectif de **comparer les aspects préventifs** de six stratégies nationales relatives aux drogues avec celle du Canada afin de nourrir la réflexion sur les approches les plus efficaces en matière de prévention de la criminalité en lien avec les drogues auprès des jeunes.

Dans un premier temps, une **revue de la littérature** a été réalisée afin de comprendre les liens entre la criminalité et la consommation de drogue, puis d'identifier les caractéristiques des approches fructueuses en matière de prévention. Une liste de critères déterminant les programmes efficaces a pu être établie, liste qui nous a permis de construire des grilles d'analyse, avec lesquelles nous avons observé les différentes politiques nationales. En outre, cette partie a permis d'établir que les stratégies peuvent prévenir la criminalité associée aux drogues de trois manières :

- La prévention de la consommation de stupéfiants illégaux,
- La réduction des méfaits (prévention des comportements à risque liés à la consommation),
- La prévention de la récidive.

Afin d'étudier les stratégies nationales relatives aux drogues, **les documents gouvernementaux, ainsi que des évaluations ont été consultés**. En complément d'information, des **entretiens** ont été réalisés avec des responsables de la mise en œuvre de chaque stratégie, tant au niveau gouvernemental et que non gouvernemental. Dans un premier temps, des entretiens en profondeur ont été menés avec les responsables de la stratégie du Canada afin de pouvoir identifier les questions centrales. Sur cette base, un formulaire d'entretien semi-structuré a été élaboré et été utilisé afin de récolter l'information auprès des responsables des stratégies des pays de comparaison²⁰. Considérant les réalités propres à chaque pays, les questions ont pu varier d'un entretien à l'autre, en fonction de l'information publique disponible.

Dans la mesure du possible, le CIPC s'est efforcé de contacter :

- La personne responsable de la stratégie,
- La personne responsable de la campagne de prévention,
- La personne responsable de la composante de prévention,
- La personne responsable de la composante de traitement et
- des organisations non-gouvernementales impliquées dans la mise en œuvre de la stratégie.

²⁰ Dans certains cas isolés, les responsables ont préféré répondre par écrit.

En réalité dû à la difficulté inhérente à l'organisation d'entretiens (disponibilité des personnes en question, notamment) et aux structures différentes des stratégies, les personnes interrogées se sont révélées occuper des postes différents. Malgré cette différence, il a été possible d'être en contact avec des responsables de chaque gouvernement national. Voici une liste des entretiens effectués :

Australie



- *Social Research & Evaluation Pty*
- Centre national de drogues et d'alcool, Université de Nouvelle-Galles du Sud
- Services de drogues et d'alcool, Australie-Méridionale (Drug and Alcohol Services, South Australia)
- Centre pour la prévention de la criminalité de l'Asie pacifique, Université Griffith (Asia Pacific Centre for the Prevention of Crime - APCPC)

Canada



- Centre des jeunes l'Escale
- Chef par intérim, Stratégie nationale antidrogue, Ministère de la Justice Canada
- École Amos
- Initiatives de la Stratégie antidrogue, Santé Canada
- Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
- *Saskatchewan Council for International Cooperation*
- Secteur de la sécurité communautaire et de la lutte contre le crime (SSCLCC), Sécurité publique Canada
- Section de la justice applicable aux jeunes et des initiatives stratégiques, Ministère de la Justice Canada (deux)
- *Velocity*

États-Unis



- Administration des services de toxicomanie et de santé mentale (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA)
- Bureau de la politique nationale du contrôle des drogues (Office of National Drug Control Policy - ONDCP)
- *Reclaiming Future*
- Département de justice (federal)
- *Drug Policy Alliance*

Pays-Bas



- Institut Trimbos
- Centre de recherche et de documentation, ministère de la Justice (WODC)
- *Mainline – Drugs and Health*

Portugal



- Direction générale, Services d'intervention sur les comportements de dépendance et toxicomanie (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas-requis) (SICAD)
- Division de la prévention et de l'intervention communautaire, Services d'intervention sur les comportements de dépendance et toxicomanie (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas-requis) (SICAD)
- *Projecto Homen*

Suisse



- Section drogues, Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Infodrog
- Addiction Suisse
- Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA)

Royaume-Uni



- Ministère de la Santé
- Ministère de l'intérieur
- Santé publique Angleterre

Dans le rapport, les entretiens sont cités avec la première lettre du pays, un numéro et la date. Par exemple, un entretien effectué le 12 février avec un représentant du Canada sera : C1, 12.02.2015.

Les entretiens ont permis de compléter l'information recueillie sur les stratégies et de les interpréter afin de faciliter leur catégorisation.

La récolte d'informations s'est donc première réalisée en consultant des documents gouvernementaux sur la stratégie nationale en matière de drogue. Ces informations ont été

classifiées dans des grilles d'analyse puis complétée à l'aide des informations obtenues au travers des entretiens.

Une fois l'information recueillie, **chacune des stratégies a été présentée** selon des critères préétablis (voir Présentation des critères d'analyse).

Finalement, la dernière partie du rapport consiste en une **analyse comparée** des sept stratégies étudiées afin de faire ressortir leurs points communs et leurs différences à l'heure d'aborder la criminalité en lien avec les drogues auprès des jeunes. L'analyse comparée repose sur la logique suivante :

Premièrement, une présentation des **décisions structurelles** qui sous-tendent les stratégies en matière de drogue a été réalisée. Cette partie a permis de comprendre les choix fondamentaux sur lesquels reposent les stratégies en matière de drogues, leurs similarités et leurs différences.

La deuxième partie permet de comprendre **comment les différentes stratégies abordent les jeunes** grâce à des critères préétablis. Ces critères ont été identifiés comme étant des indicateurs adéquats des programmes efficaces pour prévenir la délinquance auprès des jeunes (voir Présentation des critères d'analyse).

Finalement, l'analyse compare comment **la prévention de la criminalité associée aux drogues** est réalisée par les différentes stratégies au travers des catégories suivantes (susmentionnées) :

- La prévention de la consommation de stupéfiants illégaux,
- La réduction des méfaits (prévention des comportements à risque liés à la consommation),
- La prévention de la récidive.

L'analyse comparée est réalisée sur la base des grilles de comparaison et des entretiens effectués.

1. Présentation des critères d'analyse

Les stratégies nationales sont présentées au travers de critères d'analyse que nous avons établis afin de rendre possible et productive leur comparaison. Cette section présente la logique derrière ces choix de critères.

En premier lieu, nous présentons les éléments essentiels de chaque stratégie relative aux drogues afin de permettre une bonne compréhension de la stratégie et de son contexte.

Puis, nous nous intéressons aux **composantes préventives** de la stratégie ainsi qu'à leur mise en œuvre, en les divisant selon les trois types de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il est à noter que les stratégies ne sont pas formulées sous cette logique. Nous avons plutôt utilisé cette division simple pour mettre en évidence les aspects préventifs de la stratégie et comprendre leur logique, leur structure préventive et en observer l'intégralité.

Dans l'analyse, nous nous intéressons à la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la *consommation*. Cependant, comme l'objectif de ce rapport est d'étudier la criminalité associée aux drogues, nous incluons également une présentation de l'effet de cette prévention de la consommation sur la criminalité. Dans le cas de la prévention primaire et secondaire, le lien est direct puisque si la consommation peut être prévenue à ce stade, la criminalité associée aux drogues ne se réalisera simplement pas. Dans le cas de la prévention tertiaire, nous avons présenté d'une part les manières de réduire la consommation et d'autre part l'effet de cette réduction sur la criminalité.

Finalement, nous avons inclus une partie sur la réduction des méfaits, reconnaissant qu'il est également possible dans certains cas de réduire la criminalité associée aux drogues sans pour autant réduire la consommation.

La question suivante vise à comprendre **comment la stratégie prend en compte les jeunes**. Dans la partie introductive de ce rapport, un certain nombre de critères permettant d'établir des programmes de prévention qui sont efficaces pour les jeunes a été présenté. Les points sous cette section permettent donc d'identifier si les stratégies répondent à ces critères, soit si elles sont inclusives et cherchent à réduire la marginalisation, si elles sont participatives, s'il existe une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité et, finalement, si elles comportent des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque.

Ensuite, les **initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés** permettent de nous indiquer comment les stratégies intègrent ces différents intervenants. En effet, il a été présenté dans la partie introductive que les interventions les plus efficaces sont réalisés lorsque la communauté, les familles et les écoles

participent. Cette section permet également de se pencher plus en détails sur la manière dont les programmes sont choisis au sein de la stratégie, s'ils sont basés sur des données probantes et s'il existe des lignes directrices de mise en œuvre.

L'approche entre drogue et santé mentale est un aspect important d'une stratégie relative aux drogues pour les jeunes, en raison du fort lien unissant les deux phénomènes. L'objectif ici est donc de pouvoir observer la manière dont les stratégies favorisent la collaboration entre les deux types de traitements.

Finalement, nous concluons chaque présentation de stratégie nationale en donnant un bref aperçu de **l'évaluation de son impact sur la criminalité**.

2. La Stratégie nationale antidrogue du Canada

Au Canada, les infractions relatives aux drogues²¹ déclarées par la police ont augmenté au cours des dix dernières années (Statistique Canada, 2014). Une étude a établi que les jeunes de 15 à 24 ans sont environ cinq fois plus susceptibles de déclarer un méfait²² dû à la consommation de drogue illicite que les adultes de 25 ans et plus (Santé Canada, 2011 dans Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013). Afin notamment de répondre à cette préoccupation, la stratégie nationale antidrogue du Canada est axée particulièrement sur les jeunes.



2.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre

La **Stratégie nationale antidrogue** (SNA) est la stratégie principale de lutte contre les stupéfiants au Canada et implique 12 ministères et organismes fédéraux.

Il existe également d'autres stratégies au niveau national qui touchent à la problématique de ce rapport. Il s'agit notamment de la **Stratégie nationale pour la prévention du crime** (SNPC), laquelle:

« vise à diminuer les facteurs, tels que la consommation de drogues illicites, qui menacent certaines populations d'enfants et de jeunes (Sécurité publique canada, 2014). »

La SNPC ne fait pas partie de la SNA mais son mandat lui est pertinent. Par conséquent, les représentants de la SNPC et des d'autres ministères fédéraux communiquent entre eux et collaborent fréquemment (C5, 25.05.2015).

À ces approches s'ajoute la **Stratégie de lutte contre les gangs de jeunes**, qui « vise à empêcher les enfants et les jeunes de se joindre à des gangs et à aider ceux qui en font partie à en sortir » (Sécurité publique canada, 2014).

²¹ Comprend la possession.

²² Méfaits dans les domaines suivants : Santé physique; liens d'amitié et vie sociale; situation financière; vie familiale ou conjugale; travail, études ou occasions d'emploi; rapports avec le système judiciaire; apprentissage; logement.

Finalement, la *Gendarmerie royale du Canada* (GRC) a mis sur pied la première stratégie nationale ciblée uniquement sur une seule classe de stupéfiants : **la stratégie de lutte contre les drogues synthétiques** (GRC, 2010).

Dans le tableau ci-dessous sont présentées les composantes et les sous-composantes de la SNA qui relèvent de la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la consommation de drogues illicites.

COMPOSANTES	SOUS-COMPOSANTES
PRÉVENTION	Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA) Sensibilisation du public
TRAITEMENT	Programme de financement du traitement de la toxicomanie (PFTT) Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) Fonds du système de justice pour les jeunes Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie (PFTT) Recherche sur des modèles de traitement de la toxicomanie
APPLICATION DE LA LOI	Les sous-composantes de l' <i>application de la loi</i> ne s'insèrent pas dans le cadre de la prévention, en conséquence, elles ne seront pas considérées.

Figure 3. Les composantes de la stratégie antidrogue du Canada (Ministère de la Justice, 2015)

a) La prévention primaire²³

La SNA incluait une **campagne médiatique de masse**, « 0 drogue pour moi », en vigueur de 2007 à 2012 (C5, 25.05.2015). Deux autres campagnes ont également été lancées récemment : l'une sur les dangers de la marijuana sur le développement du cerveau des adolescents et l'autre sur les conséquences néfastes de l'abus de médicaments d'ordonnance. Ces campagnes sont menées par Santé Canada mais ne font pas partie de la SNA.

²³ La définition se trouve à la page 19 du présent rapport.

La GRC au travers de la **Sensibilisation du public** réalise des programmes de prévention pour les jeunes afin d'améliorer leur compréhension des effets nocifs pour la société et la santé de la consommation ou de la consommation abusive des drogues illicites ainsi que des liens entre celles-ci et les crimes graves et les activités du crime organisé (Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement, 2012).

Dans le cadre de la **SNPC**, *Sécurité publique Canada* a financé des interventions comportant de la prévention primaire, notamment le programme *Towards no Drugs*, qui sensibilisait les jeunes des écoles secondaires dans une zone à haut risque (C1, 10.02.2015).

b) La prévention secondaire

La **SNPC** comporte également une composante de prévention secondaire réalisée auprès de clientèles à risques, en particulier les jeunes (C1²⁴, 10.02.2015). La SNPC souligne que même des projets ne portant pas spécifiquement sur la consommation de drogue sont susceptibles d'influencer les trajectoires des jeunes afin qu'ils n'en consomment pas. À titre d'exemple, un projet visant le développement d'habiletés cognitives peut changer les attitudes, ce qui en retour est susceptible de diminuer les risques de consommation de drogue (C1, 10.02.2015).

Le **Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue** (FICSA) finance également des interventions de prévention secondaire. Ses priorités de financement sont définies principalement grâce aux informations prodiguées par sa branche scientifique ainsi que par le *Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT)*²⁵ (C3, 02.03.2015).

Les interventions de la SNPC et du FICSA sont réalisées en étroite collaboration avec les partenaires et organisations des provinces et territoires, en particulier au travers d'ONG (ou des comités d'action) ainsi que dans certains cas isolés, à des sous paliers du gouvernement. Les projets sont financés sur la base d'appels d'offres (C1, 10.02.2015 et C3, 02.03.2015).

c) La prévention tertiaire

La prévention tertiaire est prévue dans le volet *traitement* et vise notamment à :

- améliorer le financement des traitements, et à
- diriger les individus vers les services sociaux adéquats (grâce par exemple aux Tribunaux de Traitement de la Toxicomanie (TTT)).

L'évaluation de la stratégie souligne que le traitement permet de réduire la récidive criminelle associée aux drogues (Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement, 2012).

²⁴ Cette notation fait référence aux entretiens.

²⁵ ONG nationale principalement financée par Santé Canada

Ces programmes sont mis en œuvre par les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux.

d) La réduction des méfaits

Il n'existe pas de composante dans la stratégie du Canada spécialement dédiée à la réduction des risques. Cependant, dans le cadre de la SNPC, *Sécurité publique Canada* a financé des stratégies de sortie des gangs qui visaient à réduire la consommation abusive de drogue des jeunes faisant partie d'un gang ou ayant une histoire criminelle (C1, 10.02.2015).

2.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes²⁶

Comme souligné précédemment, la SNA a adopté en 2007 une vision particulièrement des jeunes (Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement, 2012). Cette décision découle du postulat que la prévention peut détourner d'une trajectoire délinquante ou intervenir avant que cette dernière ne soit trop avancée (C1, 10.02.2015).

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?

Il n'existe pas de composante de la SNA qui vise spécifiquement à réduire la marginalisation. Cependant, au sein de la composante de **prévention**, de nombreux objectifs y sont liés : l'attachement au milieu, le développement d'un sentiment d'appartenance à un quartier, à l'école, l'augmentation des fréquentations des pairs pro-sociaux, la diminution de la fréquentation des pairs asociaux dont certains sont des consommateurs de drogues ainsi que le fait de référer les jeunes à des services préexistants afin qu'ils ne soient pas marginalisés et se créent un réseau autour d'eux (C1, 10.02.2015 et C3, 02.03.2015).

La composante de **traitement** de la stratégie inclut également, indirectement, des approches de réduction de la marginalisation. Les TTT, par exemple, s'adressent aux contrevenants incarcérés pour des activités criminelles liées à la drogue qui récidivent en raison de leur dépendance (Gouvernement du Canada, 2013) et ont pour objectif de se diriger particulièrement à des populations en situation de marginalisation telles que les Autochtones et les prostituées de rue, en leur offrant des peines alternatives à l'emprisonnement (Gouvernement du Canada, 2013).

b) Est-elle participative?

Au sein de la composante « **prévention** », la SNPC et FICSA ont adopté une approche participative à tous les stades de la mise en œuvre de la stratégie²⁷. Dans le cadre de chaque financement, l'organisme sollicitant doit démontrer que le projet est participatif (C3, 02.03.2015).

²⁶ Les choix de questions de cette section sont expliqués dans la partie introductive de la présentation des stratégies nationales à la page 29.

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?

La SNA, comme vu précédemment, se base sur trois piliers : la prévention (15 % du financement), le traitement (26 %) et la mise en application de la loi (59 %). Par conséquent il est manifeste que la composante de mise en application de loi dispose d'un financement supérieur, soit pratiquement le quadruple de celle de la prévention.

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?

Certains groupes à risque sont pris particulièrement en compte dans la stratégie, comme c'est le cas par exemple des Autochtones.

De surcroît, le Fonds des initiatives communautaires de la stratégie nationale antidrogue a lancé deux appels d'offres à faveurs de groupes avec des besoins spécifiques :

- **Les jeunes désavantagés par leurs conditions de vie** : jeunes dont les parents consomment des drogues, les adolescents ayant des troubles de santé mentale et d'usage de substances et d'autres jeunes à risque élevé.
- **Les jeunes vivant dans des collectivités rurales ou éloignées** : jeunes vivant dans des collectivités ayant un accès limité à des programmes et des activités et qui ont besoin d'un environnement sécuritaire afin de réduire le risque d'exposition et d'accès aux drogues (C3, 30.03.2015).

2.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés

La **SNPC** a établi une liste de programmes modèles et prometteurs dont certains visent entre autres la réduction de la consommation de drogues, facteur influant dans la lutte contre la criminalité. Elle se fonde sur les résultats de révision de la littérature et d'évaluations rigoureuses des programmes de prévention réalisés au Canada et ailleurs²⁷ (pour plus d'informations, voir National Crime Prevention Centre (Canada), 2008).

Les organismes (principalement des ONG) présentent des propositions de projets sur la base des modèles prometteurs recensés par la SNPC (banque de données). Une fois le projet accepté,

²⁷ Il existe quelques exceptions comme le projet *Renforcement des familles* qui est une meilleure pratique mais ne prévoit pas la participation des jeunes.

²⁸ Par exemple : *Blueprints for Violence Prevention* et *SAMHSA Model Programs*

l'organisme le met en œuvre et la SNPC prodigue outils, conseils techniques et soutien afin de faciliter le développement, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de prévention (C2, 17.02.2015) (Sécurité Publique Canada, 2008).²⁹

Le FICSA procède d'une manière similaire, à la différence que les organismes ne doivent pas nécessairement utiliser des bonnes pratiques recensées, mais peuvent présenter des projets novateurs, à condition d'exposer les raisons de la pertinence de ce choix (C3, 02.03.2015).

En marge de ces deux approches, des **normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes** (ci-dessous, normes canadiennes) ont été développées au travers de la SNA. Celles-ci ont pour objectif d'expliquer « *comment bien planifier, choisir, mettre en œuvre et évaluer leurs efforts de prévention auprès des écoles, des communautés et des familles* » (CCLT, 2014a, p. 1). Ces normes soulignent en outre l'importance d'avoir une approche de la prévention qui soit multisectorielle : campagne médiatique, interventions en milieu scolaire, communautaire et familial, et de longue durée.

a) Le personnel scolaire

La SNPC et la FICSA peuvent financer des projets en milieu scolaire. Ces interventions sont également prévues par les normes canadiennes³⁰. Elles encouragent les établissements à intégrer les efforts de prévention dans le quotidien et non uniquement dans des activités complémentaires distinctes et ponctuelles (CCLT, 2010). À titre d'exemple, les programmes en milieu scolaire peuvent viser à développer une sensibilité émotionnelle, des aptitudes à résoudre les problèmes, des habiletés sociales et à améliorer les relations entre élèves (National Crime Prevention Centre (Canada), 2008).

b) Les autorités de mise en œuvre de la loi

Comme vu précédemment, la GRC est responsable de la sous-composante de *sensibilisation du public*. En outre, elle est à charge de l'initiative visant les drogues synthétiques, cherchant à sensibiliser la population aux dangers de la consommation de drogue.

D'après les entretiens, il apparaît que les autorités de police collaborent également ponctuellement sur les projets d'intervention. Néanmoins une certaine réticence sur le partage des données a été notée, ce qui rend plus difficile les évaluations (C1, 10.02.2015 et C2, 17.02.2015).

²⁹ Pour plus d'informations veuillez consulter

http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/prevention/colloque/2008/nouveau_positionnement_01.pdf

³⁰ « Les normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire : un guide pour les intervenants en santé et en éducation. »

c) Les communautés

La SNA prévoit d'offrir un apport financier aux collectivités afin de mettre en place des projets pour venir en aide aux jeunes ayant des problèmes de consommation de drogues illicites (CIPC, 2012). La SNPC et la FICSA soutiennent de telles interventions. Les normes canadiennes³¹ existent également pour les interventions en milieu communautaire ainsi qu'au sein des familles, pour guider l'intervention des intervenants.

2.4 Approche entre drogue et santé mentale

Les fonds peuvent inclure les troubles concomitants comme priorité, comme l'ont fait le FICSA, mais ils n'en ont pas l'obligation (C3, 02.03.2015).

Le volet traitement touche aux troubles concomitants de différentes manières. À titre d'exemple, les TTT peuvent renforcer les résultats des traitements en mettant à profit leurs partenariats en matière de santé mentale au niveau du gouvernement provincial (Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement, 2012, p. 70). Un travail a également été effectué avec les populations autochtones afin d'améliorer les services de santé mentale. De surcroît, le *Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie* a permis de financer des programmes de traitement pour les groupes à risque élevé, comme les personnes présentant les problèmes les plus sérieux de troubles mentaux (Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement, 2012).

Le CCLT travaille également à faveur d'une meilleure coordination au travers d'une planification systémique basée sur des données probantes (CCLT, 2014b).

2.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité

L'évolution des comportements, suite aux programmes de la SNPC et du FICSA, se manifestera sur le long terme et n'a donc pas pu être mesurée lors de l'évaluation de 2012 (Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement, 2012).

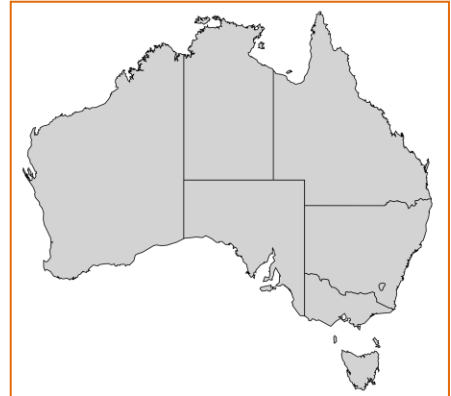
Par contre, il a été évalué que le traitement de la toxicomanie a eu un impact au-delà de la réduction de l'abus de substance, touchant notamment la réduction de la criminalité (Evaluation Directorate & Health Canada and the Public Health Agency of Canada, 2013). Plus spécifiquement, l'évaluation de 2012 relève que « *le programme de financement des tribunaux de*

³¹« L'union fait la force : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu communautaire » et « Développer nos habiletés : Lignes directrices canadiennes pour les programmes de prévention de l'abus de substances axés sur les habiletés familiales »

traitement de la toxicomanie (PFTTT) a contribué à la réduction des comportements toxicomanes et de la récidive criminelle par rapport aux interventions classiques du système de justice (...) ».

3. La stratégie antidrogue de l'Australie

Depuis 1985, l'Australie est dotée d'une stratégie nationale antidrogue qui s'appuie sur le principe de « l'atténuation des méfaits » liés à la consommation de drogue, d'alcool et de tabac, aux niveaux individuel, familial et communautaire. La dernière version de la stratégie (2010-2015) intitulée « Un cadre d'action contre l'alcool, le tabac et d'autres drogues », s'appuie sur trois piliers : la réduction de la demande, la réduction de l'offre et la réduction des méfaits.



La structure de la gouvernance de la stratégie s'articule autour de deux organismes principaux : le *Comité intergouvernemental sur les drogues (CID)* et le *Conseil consultatif national australien sur l'alcool et les drogues* (A2, 05.02.2015). Ces deux organismes regroupent des experts provenant des secteurs de la santé, de la justice et de l'éducation et assurent la coordination de la stratégie au sein du gouvernement fédéral. Dotée d'un cadre législatif relativement souple et flexible au niveau fédéral, la stratégie permet la création de stratégies au niveau des six États et deux Territoires (Ministerial Council on Drug Strategy, 2011), par exemple la **Stratégie 2011-2016 relative à l'alcool et aux autres drogues du Sud de l'Australie** (Drug and Alcohol Services South Australia, 2011). L'interprétation des besoins et la mise en place de ces stratégies est à la discrétion des États et territoires australiens (A1 : 17.03.2015 ; McDonald, David, 2011).

La stratégie reconnaît aussi l'importance des programmes et des politiques fondés sur des données probantes et, à ce titre, est soutenue par trois centres de recherche spécialisés : le *Centre de recherche national sur les drogues et l'alcool*, l'*Institut national de recherche sur les drogues* et le *Centre national pour l'éducation et la formation sur la toxicomanie* (CIPC, 2012).

3.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre

La prévention de la consommation est un thème transversal dans les trois piliers de la stratégie australienne (Ministerial Council on Drug Strategy, 2011). Elle s'appuie principalement sur une approche basée sur les faits, afin de soutenir une **approche préventive multisectorielle et intégrée**.

Sous l'autorité du Département de la Santé, la stratégie pose la prévention de la consommation de la drogue comme un **problème de santé publique** (Ritter, Alison, Lancaster, Kari, & Grech, Katrina, 2011). Elle favorise néanmoins la collaboration avec le Département de la Justice et le Département de l'Éducation et s'appuie sur une structure de partenariat entre les acteurs communautaires, les organisations non-gouvernementales et le secteur privé au niveau local (Ritter, Alison et al., 2011). La stratégie adopte une approche où **la prévention de la**

consommation est considérée comme un prélude à la prévention de la criminalité en rapport avec les drogues (CIPC 2012).

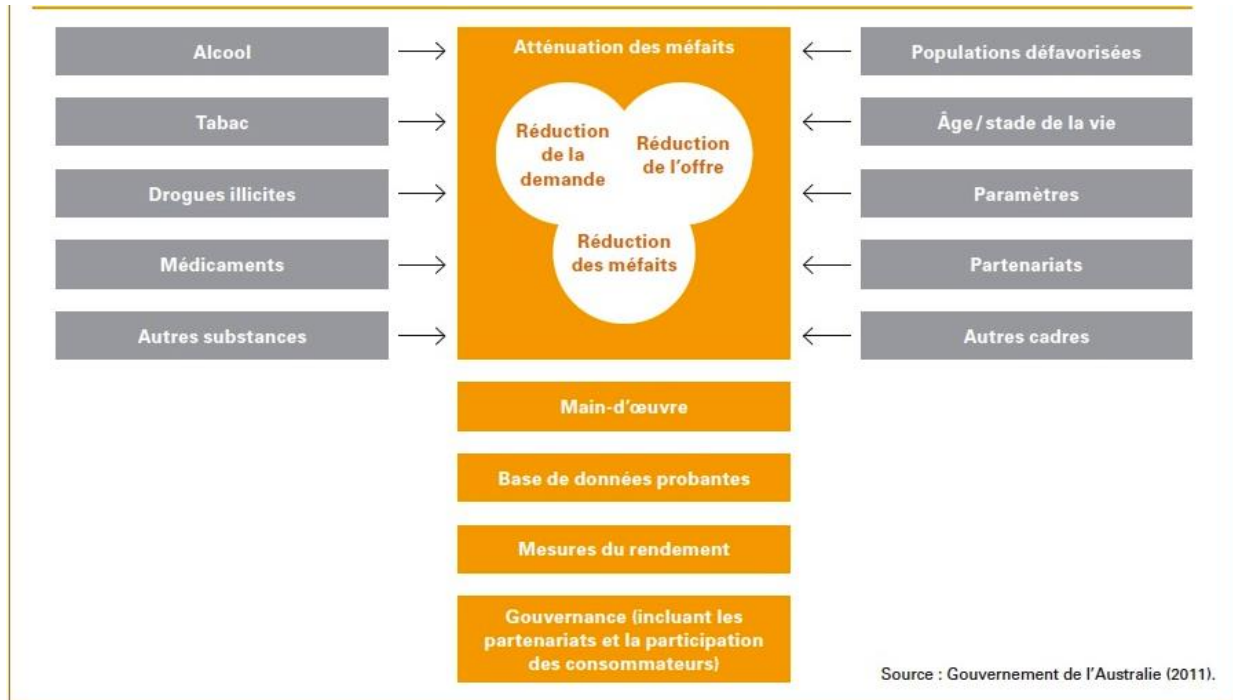


Figure 4. La stratégie nationale australienne de lutte contre la drogue

a) La prévention primaire

La réduction de la demande s'appuie sur des stratégies et des actions visant à prévenir ou retarder la première consommation de drogue à travers des campagnes de sensibilisation grand public et des programmes éducatifs dans le milieu scolaire (Ministerial Council on Drug Strategy, 2011). La **Campagne nationale contre les drogues** vise spécialement les jeunes âgés de 15 à 21 ans et les parents d'enfants entre 13 et 17 ans. Elle souligne les risques liés à la consommation de drogues, encourage les parents à aborder ce sujet avec leurs enfants, promeut des alternatives à la consommation de drogue et donne accès à des services d'aide. La campagne utilise différents médias tels qu'internet (<http://www.drugs.health.gov.au/>) et les réseaux sociaux (Stancombe Research and Planning, 2012).

L'éducation relative aux drogues – incluant le tabac et l'alcool – fait partie du cursus académique régulier de toutes les écoles australiennes, le contenu s'adaptant au niveau scolaire (A4, 07.05.2015). Certains programmes de prévention universels en milieu scolaire ont déjà prouvé leur efficacité à réduire la consommation, par exemple « Climate Schools » et « The Gatehouse Project » (Lancaster, Ritter, Matthew-Simmons, 2013)

b) La prévention secondaire

La stratégie australienne indique que les approches de prévention varient selon le type de drogue concerné. Ainsi, alors que la prévention universelle est plus indiquée pour l'alcool, le tabac et les drogues illégales, les approches ciblées devraient être utilisées pour les groupes à risques, ainsi que les consommateurs de certaines drogues moins répandues. De façon plus générale, la stratégie cherche à renforcer la résilience des individus et des communautés en travaillant avec les gouvernements locaux et en identifiant les facteurs à risques de la consommation (Ritter, Alison et al., 2011).

c) La prévention tertiaire

La stratégie australienne prévoit une gamme de services de traitement de toxicomanie : la désintoxication, la pharmacothérapie (notamment avec la méthadone) et diverses interventions complémentaires (approches cognitivo-comportementales, entrevues motivationnelles, groupes de parole, programmes de mentorat, etc.) dans le but d'aider la réintégration communautaire des personnes dépendantes (Ministerial Council on Drug Strategy, 2011 ; Gowing, Ali, Dunlop, & Farrel, 2014). Bien que le type de traitement puisse différer d'un État à un autre, généralement, la pharmacothérapie est offerte par l'État, alors que les traitements sociaux sont délégués à des ONG financées par l'État (A3, 05.05.2015).

Plus particulièrement, les *Directives nationales pour le traitement médicalement assisté de la dépendance aux opiacés* vise à fournir un cadre stratégique général pour ce type de traitement et établir une cohérence nationale dans cette approche (Gowing et al., 2014). De plus, des tribunaux de traitement de la toxicomanie pour les jeunes sont présents dans chaque État sous différents programmes. Par exemple, le *Système de tribunal jeunesse d'évaluation et d'orientation en toxicomanie* de l'Australie-Méridionale cible les jeunes délinquants qui comparaissent devant le tribunal et qui ont un problème de consommation ou proviennent d'une famille connaissant des problèmes de toxicomanie (Office of Crime Statistics, 2007).

d) La réduction des méfaits

La réduction des méfaits consiste en des initiatives qui visent à réduire les méfaits causés par les drogues et l'usage de drogues, sans nécessairement réduire la prévalence de la consommation. Le gouvernement ne tolère pas les comportements à risque tels que la consommation de drogues injectables, mais reconnaît qu'ils existent : il est ainsi de sa responsabilité de développer et mettre en œuvre des mesures de santé qui visent à réduire les méfaits que de tels comportements peuvent causer au niveau de l'individu, de la famille et de la communauté (Ministerial Council on Drug Strategy, 2004 ; Ministerial Council on Drug Strategy, 2011). Selon ce principe ils existent des *services d'injection « propre »* visant, entre autres, à encourager les personnes souffrant de toxicomanie à consommer de façon moins nocive. De plus, des programmes de diversion ont été mis en place pour permettre de rediriger les délinquants vers un système de prise en charge et de traitement, plutôt que de les faire comparaître en justice pénale. Ces programmes de « justice

adaptée » présents dans chacun des États et des Territoires ont l'avantage de ne pas surcharger le système judiciaire pour des petits délits reliés à la possession ou la consommation de drogue tout en diminuant les risques de récidive et en augmentant les chances de rétablissement de l'individu (A1, 17.03.2015).

3.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes

L'approche australienne s'adresse particulièrement aux personnes vulnérables qui peuvent se montrer plus exposées aux drogues lorsqu'elles traversent des étapes de transition dans leur vie (par exemple à l'adolescence). En ce sens, les jeunes sont indirectement ciblés.

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?

La stratégie reconnaît et identifie certains facteurs de risque : le chômage, l'itinérance, la pauvreté, les handicaps et blessures physiques, les crises familiales et les maladies mentales. Ceux-ci peuvent provoquer l'isolement social de l'individu, ce pourquoi la stratégie préconise la construction de communautés socialement inclusives (Ministerial Council on Drug Strategy, 2011). La stratégie indique aussi que les traitements de toxicomanie sont moins accessibles pour certains groupes marginalisés, tels que les populations gay, lesbienne, bisexuelle, transgenre et intersexuée.

b) Est-elle participative?

La stratégie a été conçue « [...] après de longues périodes de consultation auprès de multiples intervenants composés de représentants des communautés, d'associations professionnelles, de chercheurs et d'organismes gouvernementaux » (CIPC, 2012, p.120 ; Australian Government, 2011). Les jeunes ont été sollicités dans le développement de la Campagne nationale antidrogue. Des recherches qualitatives et quantitatives sont menées dans le but d'étudier les attitudes et comportements des jeunes par rapport aux drogues. Les recherches s'intéressent aux perceptions négatives et positives des jeunes quant à l'utilisation de drogues et les facteurs de motivation et obstacles permettant d'identifier les médias les plus appropriés pour communiquer avec eux (Australian Government Department of Health, 2014).

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?

La répartition budgétaire au sein des trois piliers de la stratégie est inégale ; les trois quarts du financement sont alloués au pilier de la réduction de l'offre au détriment du pilier de la réduction de la demande (Douglas, Wodak, & McDonald, 2012). La majorité des ressources est allouée à la lutte contre le trafic de drogue (55%) contre 23% pour la prévention et 17% pour le traitement (Ritter, Alison et al., 2011). Compte tenu que les programmes d'aide sociale se situent principalement dans ces deux dernières catégories, on en déduit qu'il n'existe pas de répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité. Le pilier de

la réduction de l'offre attire la plupart des ressources financières, bien qu'il soit le plus démuné en données probantes qui justifient le budget (55% en 2008) (Miller et al., 2009).

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?

La stratégie prévoit des programmes de soutien spécifiques pour des populations à risque telles que les jeunes, les familles vulnérables, les communautés marginalisées et les Aborigènes dans le souci de créer des communautés inclusives. La stratégie n'impose pas de programme en particulier. Ce sont plutôt les États et les Territoires qui mettent en œuvre les programmes qui correspondent le mieux aux spécificités des groupes à risque sur leur juridiction. Ceci dit, considérant la forte population aborigène en Australie, la stratégie australienne met clairement l'accent sur ce groupe à risque et plusieurs programmes répondent à leurs besoins particuliers (A3, 05.05.2015). Par exemple, le *Programme d'usage abusif de substances des terres Anangu Pitjantjatjara Yankunytjatjara (APY)* offre une gamme de traitement pour les autochtones qui vivent ou proviennent des terres APY et qui consomment des drogues ou font un mauvais usage d'autres substances légales, par exemple l'inhalation d'essence (South Australia Health Services, s. d.).

3.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés

a) Le personnel scolaire

Depuis les années 1970, des programmes d'éducation scolaire ont été mis en place pour prévenir la consommation de drogues (dont le tabac et l'alcool). Ils sont centrés sur le développement personnel et l'apprentissage du savoir-vivre en accord avec une approche intégrale de prévention où tous les acteurs du milieu scolaire sont interpellés (par exemple, « Life Education » et « Life Skills Training Programs ») (Lancaster, Ritter, Matthew-Simmons, 2013). Bien que la stratégie se base sur les trois volets justice, santé et éducation, l'éducation y joue un rôle secondaire.

b) Autorités de mise en œuvre de la loi

Les services de police et de la justice jouent un rôle important au sein de *l'initiative policière de diversion relative aux drogues*. À la fin des années 90, le gouvernement australien a mis en place ces programmes pour soutenir une législation stricte relative aux drogues, dont l'objectif est de réduire la consommation et ses effets néfastes sur la population – en particulier les jeunes. Ces programmes permettent aux policiers de rediriger les individus inculpés pour usage ou détention de drogue vers des services de traitement plutôt que de les incarcérer (Ritter, Alison et al., 2011 ; Police Drug Diversion Initiative (PDDI), s.d.).

c) Les communautés

La communauté constitue l'environnement clé quant aux problèmes de consommation de drogues. Conséquemment, la stratégie souligne la nécessité d'établir une approche intégrant tous les acteurs de la communauté à différents niveaux³². Le développement de communautés inclusives permet aux individus des populations cibles de ne pas faire de rechute après un traitement et de renouer avec leur communauté.

3.4 Approche entre drogue et santé mentale

Considérant le lien étroit entre toxicomanie et santé mentale, la stratégie 2010-2015 identifie la poursuite des travaux de coordination entre ces deux secteurs comme un défi afin de soutenir les personnes atteintes de troubles concomitants et leur famille, au moyen d'une approche intégrée et multisectorielle. Cette intégration des secteurs s'appuie sur l'idée que la santé mentale est influencée par des facteurs externes au système de santé (Australian Health Disaster Management Policy Committee, Australia, & Department of Health and Ageing, 2009, p. 10). Le gouvernement a ainsi adopté une approche intégrée,³³ laquelle interconnecte les départements gouvernementaux entre eux. La **stratégie pour la santé mentale** (1992), pour sa part, inclut tous les individus confrontés directement ou indirectement aux problèmes de santé mentale (Australian Government, 2011).

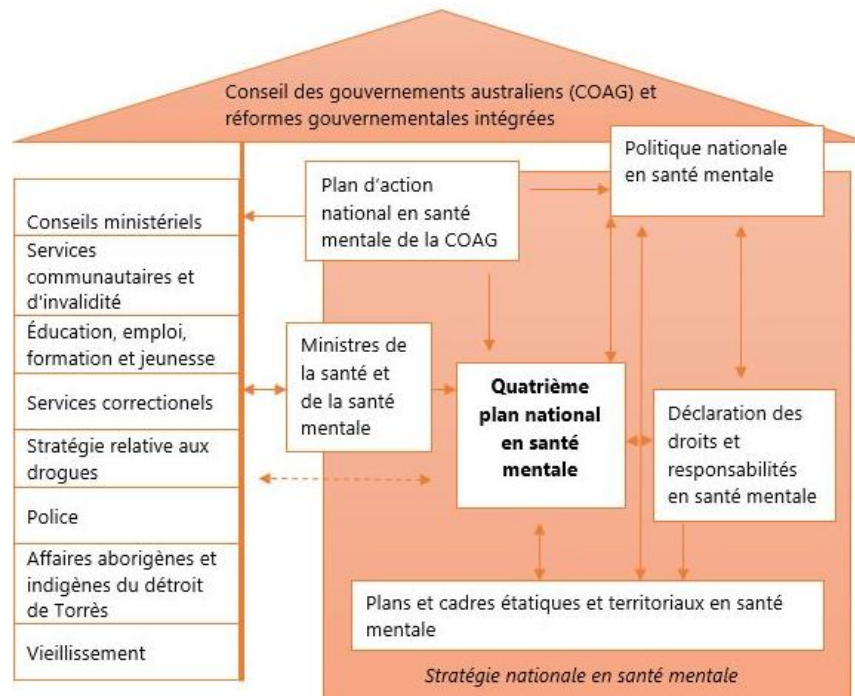


Figure 5. Quatrième plan national en santé mentale et sa relation avec la stratégie nationale en santé mentale et l'approche gouvernementale intégrée

³² « whole-of-community »

³³ « whole-of-government »

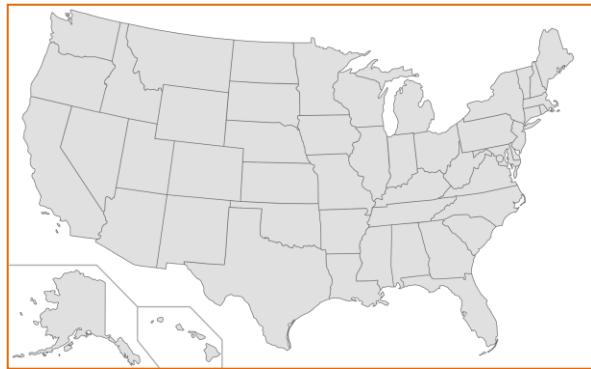
3.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité

En moyenne révisée tous les cinq ans, la stratégie antidrogue 2010-2015 fait actuellement l'objet d'une évaluation (Miller et al., 2009). En termes de prévention de la criminalité liée à la drogue, les centres d'injection supervisés ont démontré une certaine efficacité grâce, entre autres, à une réduction des activités criminelles liées à la drogue et un soutien de l'opinion publique. Par exemple, la fréquence des vols a chuté depuis l'établissement d'un centre d'injection dans le quartier de Kings Cross, à Sydney, en 2011 (Fitzgerald, Burgess, & Snowball, 2010). De même, les programmes de diversion se sont montrés efficaces dans la réduction de la récidive chez les jeunes contrairement aux programmes d'éducation dans les écoles et la Campagne nationale, dont on mesure difficilement les impacts sur l'usage de la drogue et les retombées sur le reste de la communauté (McDonald, 2011). En effet, la plupart des criminels qui ont été redirigés vers un programme de diversion n'ont pas récidivé dans les 12 à 18 mois (Payne, Kwiatkowski, & Wundersitz, 2008).

La stratégie a l'avantage d'être suffisamment souple pour permettre d'être adaptée au niveau des États et des Territoires et répondre efficacement aux besoins des communautés locales. Cependant, elle est parfois considérée comme étant trop « vague » ou non-contraignante (McDonald, David, 2011).

4. La stratégie antidrogue des États-Unis

De façon générale, la consommation de drogues illicites a diminué aux États-Unis au cours des 20 dernières années. L'enquête *Monitoring the Future* (2014), un sondage qui recense les habitudes de consommation des Américains de 8e, 10e et 12e années scolaires indique que la consommation de drogues se chiffrait à 27.2% pour les trois niveaux scolaires confondus, une diminution de 6.9% depuis 1997. (NIDA, 2014 ; Johnston, O'Malley, Miech, Bachman, & Schulenberg, 2015).



La prévention des infractions commises par des jeunes sous l'influence de la drogue ou pour acquérir de la drogue est abordée à travers **une vision intégrale qui dépasse le seul cadre de la stratégie antidrogue**. L'approche américaine se veut holistique et hautement intégrée. La prévention de problématiques particulières (la consommation de drogue, la violence, la criminalité, l'appartenance à un gang, entre autres) sont considérées comme interreliées et traitées simultanément par des programmes multisectoriels et inter agences qui adressent cette multitude de réalités propres aux jeunes (E4, 28.05.2015). La prévention de la criminalité passe par la prévention de la consommation, grâce à l'adoption de comportements sains, exempts de drogue (E1, 04.03.2015 ; E2, 19.03.2015).

La **Stratégie nationale de lutte antidrogue** (2014) est la stratégie principale en termes de lutte contre les stupéfiants aux États-Unis, sous responsabilité du Bureau de la politique nationale du contrôle des drogues (Office of National Drug Control Policy (ONDCP) en anglais). Ce dernier est une composante du Bureau exécutif du président des États-Unis, créé en 1989 suite à l'*Anti-Drug Abuse Act* (ONDCP, s.d.).

La **Stratégie antiviolence** du ministère de la Justice est une initiative développée et pilotée par un réseau de procureurs dont la responsabilité est de collaborer avec les États et localités afin d'élaborer des stratégies territorialisées dans les communautés aux prises avec des problématiques particulières de violence (Office of the United States Attorneys, 2014).

La **Stratégie Nationale de Prévention** est une initiative inter agence, dirigée par le Chirurgien général du Département de la Santé et des Services sociaux américains, laquelle vise l'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens, en intégrant des recommandations et des actions à travers plusieurs secteurs d'intervention, notamment la santé, la justice et l'éducation.

Une de ses priorités est la prévention de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool (Surgeon General, s.d.-a).

La stratégie américaine a une approche basée sur des données probantes qui inclut la **prévention, l'intervention précoce, le traitement, la réinsertion, la réforme de la justice pénale, l'application efficace de la loi et la coopération internationale** (ONDCP, 2014).

4.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre

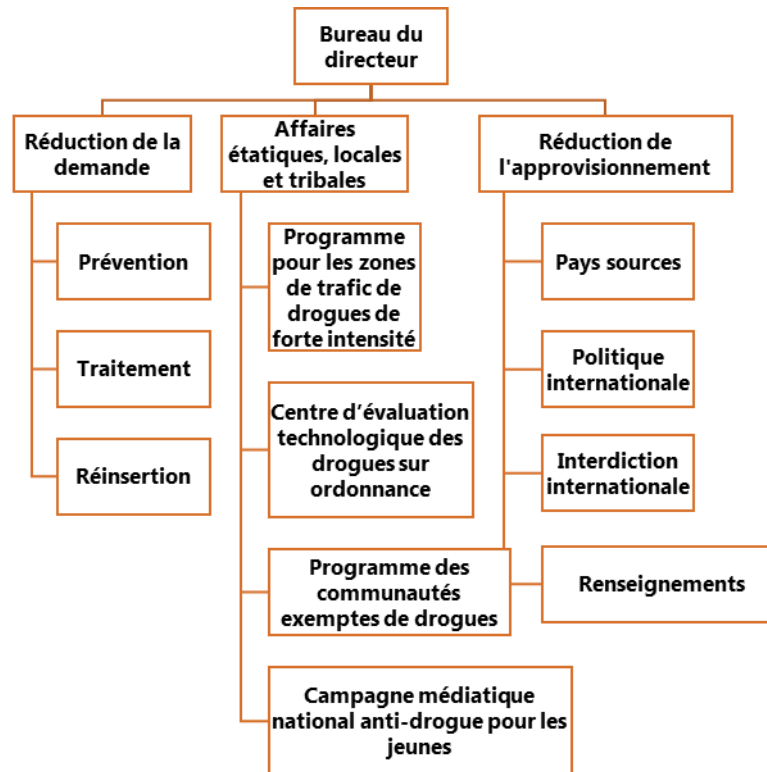


Figure 6. Bureau de la politique nationale du contrôle des drogues

La stratégie agit à titre de ligne directrice pour les différents départements du gouvernement américain qui mettent en œuvre des programmes liés à la lutte antidrogue, la prévention de la consommation et la promotion d'un mode de vie sain chez les citoyens (E2, 19.03.2015). Elle vise à réduire la consommation, la fabrication, le trafic de drogues illicites, la criminalité et à la violence liée aux drogues, ainsi que les effets néfastes de la drogue sur la santé (Sacco, & Finklea, 2014). La stratégie aborde la prévention notamment sous la composante de la réduction de la demande – qui inclut la prévention, le traitement de la toxicomanie et la réinsertion (E2, 19.03.2015 ; ONDCP, s.d.b) – et sous celle des affaires étatiques locales et tribales, par la mise en œuvre de différents programmes et leur subvention (voir

Figure 6. Bureau de la politique nationale du contrôle des drogues).

La majorité des efforts de prévention du gouvernement américain se fait via des subventions fédérales octroyées à des États, localités, comtés, gouvernements tribaux reconnus, territoires, institutions publiques, organismes communautaires, par les différents départements gouvernementaux, notamment les départements de la Justice, de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux (E4, 28.05.2015 ; ONDCP, 2015).

a) La prévention primaire

La stratégie s'appuie sur les facteurs de protection propres à chaque localité. Elle encourage les jeunes à faire des choix judicieux pour leur santé au moyen, notamment, de programmes de promotion de mode de vie sain, principalement développés par les départements de l'Éducation et de la Santé. Pour ce faire, tous les membres de la communauté doivent être mobilisés, par exemple grâce à des programmes de mentorat, d'éducation, de sensibilisation et de leadership. L'idée est d'offrir des programmes holistiques, principalement en milieu scolaire, afin de prévenir non seulement la consommation et la criminalité en lien avec cette dernière, mais aussi tous les facteurs de risque (E1, 04.03.2015 ; E4, 28.05.2015).

Above the Influence est une **campagne de sensibilisation nationale** destinée aux jeunes américains les encourageant à être « au-dessus de l'influence » des drogues et de l'alcool et à rejeter l'utilisation de toute substance nuisant à leur développement personnel (ONDCP, s.d.a). Initialement gérée par l'ONDCP, elle est maintenant sous responsabilité d'une ONG³⁴, laquelle offre une boîte à outils permettant aux communautés locales de s'approprier la campagne et l'adapter à leur milieu.

b) La prévention secondaire

La stratégie reconnaît l'importance de l'intervention précoce, grâce aux trois axes dépistage, intervention brève, et canalisation vers un traitement (DIBCT) notamment dans le milieu de la santé (SAMHSA, 2014). Les fournisseurs de soins de santé utilisent cette approche pour identifier les individus - particulièrement les jeunes - avec des comportements problématiques de consommation avant que ceux-ci ne développent des problèmes de toxicomanie. La stratégie accorde une attention particulière aux jeunes à risque, notamment en les incitant à participer à des activités structurées et identifier des mentors qui ont une présence positive dans leur vie. Pensons notamment au programme *The National Guard Youth ChalleNge* qui encadre des jeunes à risque afin qu'ils puissent devenir des citoyens productifs.

³⁴ The Partnership for Drug-Free Kids

c) La prévention tertiaire

Un des objectifs de la stratégie est de réhabiliter les individus aux prises avec des problèmes de toxicomanie, par la mise en place d'actions telles que des programmes de réhabilitation de l'*Administration des services de toxicomanie et de santé mentale*³⁵ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)) dans divers milieux, par exemples : établissements carcéraux, les écoles de réhabilitation et les centres de réhabilitation (ONDCP, n.d.-g). La stratégie reconnaît ainsi que le traitement de la toxicomanie doit être une partie intégrée et accessible du système principal de soins de santé. Le gouvernement américain encourage ainsi l'utilisation de médicaments approuvés par la *Food and Drug Administration* (FDA) pour traiter les troubles de dépendance aux opiacés: méthadone, buprénorphine et naltrexone. De plus, un des objectifs de la stratégie est d'améliorer le traitement des jeunes toxicomanes impliqués dans le système de justice juvénile, en développant et diffusant des modèles plus efficaces de traitement de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale. Elle mise aussi sur les alternatives à l'incarcération, en faisant la promotion de stratégies de diversion lorsqu'approprié, par exemple les tribunaux de traitement de la toxicomanie et autres tribunaux de résolution de problèmes (ONDCP, 2014, p.34).

La stratégie indique que la réinsertion est un élément indispensable de la gamme de services aux toxicomanes. Elle favorise la création de communautés inclusives qui soutiennent la réintégration sociale des individus en offrant des services de soutien à la réinsertion (logement, emploi, formation, entre autres) (ONDCP, 2014). Ainsi, les différents ministères offrent des subventions facilitant l'insertion ou la réinsertion de jeunes délinquants aux prises avec divers problèmes (dont la toxicomanie) sur le marché du travail, à l'école et dans leur communauté.

L'ONDCP a aussi développé un plan national de promotion et de soutien pour l'adoption d'une approche de système de soins orientée vers la réhabilitation par les États, communautés autochtones et gouvernements locaux.³⁶

d) La réduction des méfaits

Bien que la *Consolidated Appropriations Act* (2012) interdît la plupart du financement fédéral de programmes de services d'échange de seringues, 30 États américains, le District de Columbia, Puerto Rico et plusieurs nations autochtones en possèdent actuellement (ONDP, 2014).

³⁵ Traduction libre

³⁶ Réseau coordonné de services communautaires centrés sur l'individu et qui prend base sur les forces et la résilience des personnes, des familles et des communautés, afin d'atteindre l'abstinence de substances des personnes en réhabilitation.

4.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes

La stratégie antidrogue américaine est largement destinée aux jeunes et ce, au travers de chacune de ses composantes. Un des objectifs stratégiques est de prévenir la consommation de drogues avant qu'elle ne commence, afin d'éviter les conséquences de l'usage de drogues chez les jeunes, notamment la criminalité (ONDCP, 2014, E4, 28.05.2015). De plus, la majorité des fonds de prévention sont destinés à la population d'âge scolaire (Reles, 2011).

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?

La stratégie ne pose pas la réduction de la marginalisation comme une composante en tant que telle. Toutefois, plusieurs initiatives visant l'inclusion sociale des jeunes sont mises en place comme des programmes d'employabilité, d'accès au logement et de prévention du décrochage scolaire. Entre autres, ces initiatives ont pour objectif de réduire les facteurs de risque pouvant mener à la toxicomanie et la criminalité y étant liés (E4, 28.05.2015)

b) Est-elle participative?

La stratégie reconnaît l'importance d'inclure les communautés et les jeunes dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de prévention. Un bon exemple de cette vision est le programme des communautés exemptes de drogues. Des coalitions communautaires multisectorielles sont formées et chargées d'identifier les problématiques de leur communauté, notamment celles reliées à la toxicomanie et sa prévention, afin de mettre en œuvre des programmes pertinents, avec le support financier et l'expertise de SAMHSA. La participation des jeunes est requise au sein de ces coalitions et leur leadership est encouragé par un programme de leadership³⁷. Des jeunes représentants de chaque coalition du pays y sont mobilisés, formés et consultés afin d'améliorer la stratégie.

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?

La stratégie antidrogue des États-Unis comporte deux concepts clés : la réduction de l'approvisionnement (61.5% du financement) et la réduction de la demande (38.5%). En 2014, la prévention (5.1%) reçoit une faible part du budget global de la stratégie, l'essentiel des fonds étant alloué au traitement (31.3%) et à la mise en application de la loi (50.7%). 7.3% du budget est consacré à la lutte contre le trafic de drogues illicites à l'international. Cette répartition budgétaire démontre que, dans un rapport aux autres composantes, la prévention bénéficie d'un financement significativement moindre (ONDCP, s.d.g).

³⁷ National Youth Leadership Institute

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?

La stratégie américaine formule une vision inclusive où tous les groupes doivent bénéficier des mêmes services. Une attention particulière est accordée aux communautés amérindiennes et aux communautés autochtones de l'Alaska, cela du fait que les niveaux de toxicomanie y sont plus élevés que chez tout autre groupe démographique aux États-Unis (ONDCP, s.d.h). La stratégie soutient aussi des programmes et meilleures pratiques adressés aux enfants mis en danger par la drogue (EMD) (ONDCP, s.d.i). Certains outils sont développés pour les besoins spécifiques des EMD dans les communautés amérindiennes et les communautés autochtones de l'Alaska. De plus, *Above the Influence* a développé une campagne de sensibilisation spécifique aux populations amérindiennes (ONDCP, s.d.j.). La stratégie considère aussi les décrocheurs scolaires comme un groupe à risque (ONDCP, 2014).

4.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés

Les prestataires de services de prévention de toxicomanie les plus soutenus par des fonds fédéraux sont les écoles, les organismes d'application de la loi et les organismes communautaires (ONDCP, s.d.k).

a) Le personnel scolaire

Les programmes de subvention de l'ONDCP sont principalement destinés aux jeunes d'âge scolaire, touchant environ 75,194,000 élèves du primaire, du secondaire et de l'université (Reles, 2011). Près de 140,000 écoles éduquent les enfants américains avec des messages qui promeuvent un mode de vie sain, sécuritaire et sans drogue (ONDCP, s.d.k). Le Département de l'Éducation américain, en partenariat avec une myriade d'autres départements, a créé un portail en ligne³⁸ pour offrir différentes ressources aux professionnels de l'éducation concernant l'abus des substances illicites (ONDCP, 2014, p.11).

b) Les autorités de mise en œuvre de la loi

La stratégie soutient que les agences de justice pénale et les organisations de prévention doivent collaborer. L'implication des autorités de mise en œuvre de la loi dans les programmes de prévention contribue ainsi à l'efficacité de la stratégie. On encourage donc les officiers de police à participer activement à des programmes communautaires de prévention en milieu scolaire, dans les coalitions communautaires, les organisations civiques et confessionnelles (ONDCP, 2014).

³⁸ You for Youth (Y4Y) (www.y4y.ed.gov)

c) Les communautés

Le gouvernement américain collabore avec les États et les communautés afin de promouvoir le rôle crucial des partenariats de prévention et mettre en évidence l'importance de l'implication des communautés dans la prévention de la toxicomanie. Le *cadre stratégique de prévention (CSP)* utilisé dans le *Programme des communautés exemptes de drogues* de SAMHSA illustre bien cette approche. Il s'agit d'un processus dont l'efficacité se base sur une compréhension des besoins de la collectivité et son auto-responsabilisation. Ce cadre repose ainsi sur la participation des membres de la communauté à toutes les étapes du processus de planification. L'objectif à terme est de rendre le programme viable une fois que le SAMHSA se sera retiré, permettant *a fortiori* l'appropriation et la gestion autonome du programme (E1, 04.03.2015 ; E4, 28.05.2015).

4.4 Approche entre drogue et santé mentale

De par l'importance qu'elle accorde à la santé, la stratégie reconnaît le lien entre santé mentale et toxicomanie. **SAMHSA** est l'organisme gouvernemental chargé d'améliorer la qualité et l'accessibilité de la prévention, du traitement et des services de réadaptation dans le but de réduire les maladies, les décès, l'invalidité et les coûts pour la société résultant des maladies mentales et de la toxicomanie (E1, 04.03.2015). L'institution exige notamment que les programmes communautaires bénéficiaires de ses subventions incluent des approches efficaces de dépistage de troubles concomitants (ONDCP, 2014).

4.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité

Afin de faire le suivi et l'évaluation de l'efficacité de la stratégie, l'ONDCP utilise un système de rapports sur la performance qui permet de favoriser la responsabilité gouvernementale envers les payeurs de taxes américains en termes de programmes et politiques reliés aux drogues. Un des objectifs de la stratégie à atteindre pour 2015 est de briser le cycle de consommation de drogue, de crime, de délinquance et d'incarcération, par l'augmentation de 5% du nombre d'établissements résidentiels de justice juvénile offrant des traitements pour toxicomanie et en augmentant de 2.6% le nombre de traitements complétés par les personnes référées par le système de justice pénale (ONDCP, 2012, p.18). Les informations communiquées par la Maison Blanche montrent un progrès suffisant pour permettre d'atteindre le premier objectif en 2015. Le deuxième, quant à lui, a déjà été atteint et le progrès devrait être maintenu pour 2015 (ONDCP, 2014b, p.19).

5. L'approche des Pays-Bas en matière de drogues

En 2013, 8,3% des rapports de police concernent des infractions à la Loi sur l'Opium (Trimbos Instituut & WODC, 2015), pour un total de 18,268 cas contre 22,269 en 2004 (Trimbos Instituut & WODC 2014). De même, entre 2004 et 2013, le nombre de crimes commis par des consommateurs de drogues³⁹ est passé de 10,504 à 5,265. En 2013, les crimes les plus fréquents sont les « crimes contre la propriété sans violence » (57%), les « autres violences contre la personne » (28%), et le « vandalisme et nuisance d'ordre public » (19%). Les infractions à la Loi sur l'Opium se placent en quatrième position (14%). Malgré une diminution du nombre de crimes, leur représentativité générale demeure similaire d'une année à l'autre (Trimbos Instituut & WODC, 2015).



L'approche néerlandaise repose sur **la loi sur l'opium** (1919), laquelle prévoit depuis sa modification (1976) une distinction entre drogues douces et drogues dures. La législation pose le trafic, la culture et production, la vente et la possession de drogue (mis à part une quantité de marijuana inférieure à 5g) comme crimes, alors que la consommation n'est pas illégale (Ministerie van Volksgezondheid, 2009 ; PB2, 11.05.2015)

« **La politique des Pays-Bas en matière de drogues : continuité et changement** » (1995) définit les principes fondamentaux de la politique de lutte contre les stupéfiants et est principalement sous responsabilité du Ministère des Affaires étrangères, de la Santé, du Bien-être et des Sports (MAESBES), alors que les ministères de l'Intérieur et de la Justice sont responsables de l'application de la loi (Trimbos Instituut & WODC, 2015 ; PB2, 11.05.2015)

Sa mise en œuvre a été actualisée par des rapports d'étape qui abordent des problématiques spécifiques, soit la lutte contre la production et le trafic d'ecstasy (2001-2007), le trafic de cocaïne à l'aéroport de Schiphol (2002), la restriction de la consommation et la production professionnelle de cannabis (2004) ainsi que l'importance de la prévention et de la réduction de la consommation de drogues (qui ajustait notamment la réglementation des *coffee shops* et limitait leur accès) (2009) (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008).

Un autre document d'intérêt est le **Plan stratégique d'aide sociale** qui vise à améliorer les conditions de vies des sans-abris et réduire sensiblement la perturbation et la criminalité souvent associées à leur comportement.

³⁹ Dans le système d'enregistrement policier de la criminalité, cette désignation est donnée à un suspect s'il/elle peut constituer un danger pour autrui en raison de sa consommation de drogues, s'il/elle indique être un utilisateur de drogue ou s'il/elle demande de la méthadone.

La « lettre de politique de la drogue » (2011) identifie deux piliers fondamentaux de la politique néerlandaise en matière de drogue : la protection de la santé publique et la lutte contre la nuisance publique et la criminalité organisée (Trimbos Instituut, WODC, EMCDDA, 2013).

5.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre

La stratégie a **une approche pragmatique, fondée sur la notion de santé publique** (van Ooyen-Houben, 2008) et orientée vers le contrôle (Boekhout van Solinge, 2004). Elle met l'accent sur la protection de la santé et la réduction des risques de la consommation de drogues sur la santé (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008). L'abstinence n'est pas un but explicite.

La politique met en avant quatre objectifs (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008):

- 1) Prévenir la consommation de drogues et réhabiliter les consommateurs de drogues;
- 2) Diminuer la souffrance des consommateurs;
- 3) Diminuer la nuisance publique causée par les consommateurs de drogue (le trouble à l'ordre public et la sécurité dans les quartiers);
- 4) Combattre la production et le trafic de drogues.

L'hypothèse fondamentale sous-jacente est **qu'une partie importante des problèmes de drogue est causée par son statut illégal**. La criminalisation des consommateurs de drogues engendre la stigmatisation de ces derniers, ce qui empêche le gouvernement de leur offrir les services nécessaires (Koopmans, 2011).

Un document de stratégie en tant que tel n'existe pas aux Pays-Bas. Le tableau suivant indique les composantes principales de l'approche néerlandaise en matière de drogues.

COMPOSANTES
RÉDUCTION DE LA DEMANDE
TRAITEMENT
RÉINSERTION
RÉDUCTION DES MÉFAITS

Figure 7. Composantes de l'approche des Pays-Bas en matière de drogue

a) La prévention primaire

Le programme « École en santé et drogues » vise à réduire la consommation précoce et excessive de substance chez les adolescents (Malmberg et al., 2010). Constitué de plusieurs types d'interventions, il met une emphase particulière sur l'alcool, le tabac et le cannabis. Le programme est mis en œuvre au niveau local par les services de santé municipaux et les centres régionaux de soins aux toxicomanes et est soutenu par l'Institut Trimbos (van Ooyen-Houben, 2008 ; Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008). Ce programme est actuellement en cours d'actualisation (PB2, 11.05.2015).

Une ligne téléphonique nationale offre de l'information neutre et objective sur les drogues, ainsi que des services d'orientation gratuits, via plusieurs médias électroniques (Twitter, Facebook, des forums en ligne, site internet www.drugsinfo.nl). L'information est basée sur des données probantes.

Le projet *Vie nocturne et événements sains et sécuritaires* vise à soutenir les municipalités dans l'application de leur politique de vie nocturne et fournit de l'information sur les risques de la drogue pour les jeunes et leurs parents, dans le but d'accroître la sécurité dans les lieux de divertissement en réduisant la consommation de drogues et d'alcool (Ministerie van Volksgezondheid, 2009 ; Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008).

En raison de coupures budgétaires, le financement pour les campagnes médiatiques de prévention de consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et autres drogues a été retiré depuis la fin de 2011 (Trimbos Instituut, WODC, EMCDDA, 2013).

b) La prévention secondaire

Une grande importance est accordée à la prévention secondaire aux Pays-Bas, bien que l'identification précoce de la consommation de drogues et de problèmes liés à la drogue fait souvent partie d'un programme d'intervention global. Les programmes de prévention secondaire, réalisés par des ONG en coopération avec les services gouvernementaux, visent principalement les jeunes consommateurs de cannabis, les enfants de parents toxicomanes, les jeunes dans la rue et ceux des quartiers socio-économiquement défavorisés (Trimbos Instituut, WODC, EMCDDA, 2013).

En 2011, une nouvelle initiative basée sur une expérience australienne a été lancée dans 19 municipalités et sur un site web pour cibler les jeunes consommateurs de cannabis avec une faible motivation pour arrêter de consommer. Le programme utilise une technique de renforcement de la motivation pour encourager les participants à réévaluer leurs pratiques de consommation de cannabis.

c) La prévention tertiaire

La réduction de la récidive chez les anciens toxicomanes est une des priorités du programme de sécurité du gouvernement, ainsi que du Plan stratégique d'aide sociale.

Les jeunes à risque de consommation problématique peuvent être pris en charge par des « maisons de sécurité » dans lesquelles les organismes compétents (police, municipalité, soins de la jeunesse, services de probation, soins de toxicomanie, etc.) combinent prévention et répression.

Le traitement par la substitution, les interventions psychosociales, et les cures de désintoxications sont mises en avant afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque toxicomane et sont combinés afin de garantir l'efficacité du traitement à long terme, réduire la récidive et favoriser la réinsertion sociale.

La politique incite de plus en plus les toxicomanes ayant commis une infraction mineure à participer à des programmes de traitement comme alternative à l'incarcération. Une partie de la peine peut aussi être substituée par du travail communautaire. De plus, le système pénitentiaire a un *département d'orientation en toxicomanie* afin de stimuler les toxicomanes à suivre un traitement ultérieur et un programme de réinsertion à leur sortie de prison (Trimbos Instituut & WODC, 2009).

Un autre concept est le « Placement dans un établissement pour les délinquants prolifiques », dont la majorité sont des consommateurs de drogues dures (Trimbos Instituut & WODC, 2009). Finalement, la Clinique médico-légale des toxicomanies, chapeautée par l'Institut des soins en toxicomanie de l'Est des Pays-Bas, s'occupe des délinquants toxicomanes problématiques qui ont commis plusieurs crimes et suivi un certain nombre de traitements cliniques sans succès.

Ainsi, la politique relative à la drogue est fondée sur l'hypothèse qu'une réduction des crimes commis par les consommateurs problématiques de drogues ne peut être obtenue que si ceux-ci reçoivent de l'aide pour leur dépendance (Trimbos Instituut & WODC, 2009).

d) Réduction des méfaits

La réduction des méfaits est un des principes fondamentaux de l'approche de santé publique néerlandaise. La différence entre le travail de proximité, les services à bas seuil, les activités de réduction des méfaits et le traitement social de la toxicomanie est toutefois difficile à définir. (Trimbos Instituut & WODC, 2009). Dans tous les cas, l'objectif demeure d'établir et conserver le contact avec les consommateurs de drogues difficiles à rejoindre, afin d'empêcher que leur situation personnelle ou sociale ne s'aggrave (EMCDDA, s.d.-b).

La politique promeut ainsi des programmes de méthadone, un système d'échange de seringues disponible dans la majorité des grandes villes, des salles d'injection supervisées et le traitement à l'héroïne pharmaceutique. Plusieurs programmes sont offerts dans des établissements de soins ambulatoires (EMCDDA, s.d.-c).

Une lutte active est faite aux préjudices sociaux engendrés par la consommation de drogues : nuisance publique, incivilités et petite criminalité en lien avec la drogue. Les **coffee shops** se veulent un moyen de réguler l'usage de drogues douces, tout en empêchant les utilisateurs d'entrer en contact avec les drogues dures (EMCDDA, s.d.-b ; van Ooyen-Houben, 2008).

5.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes

En 2007, il a été entendu que la politique nationale relative aux drogues devait comprendre davantage d'actions préventives destinées aux jeunes (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008). Un recensement de ce type de programmes (Oudejans and Spits 2013) indique qu'il existe 157 produits de prévention aux Pays-Bas. 37 ont été reconnus comme « probablement efficaces » ou ayant une « base théorique solide » par le Centre pour une vie saine (Centrum Gezond Leven).

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?

L'approche néerlandaise aborde la réduction de la marginalisation via la réintégration des jeunes sous deux volets : la réintégration de jeunes toxicomanes qui complètent leur traitement et lors de leur sortie de prison. Les centres de traitement et les institutions carcérales aident les jeunes à se réinsérer dans la vie quotidienne et leur offrent de l'assistance pour trouver un emploi ainsi qu'un logement (PB2, 11.05.2015).

b) Est-elle participative?

Le Ministère de la Santé organise des consultations de façon ponctuelle auprès des organismes communautaires et intervenants de première ligne afin d'obtenir leur opinion et expertise sur des sujets donnés et ainsi nourrir leur approche gouvernementale. Certains projets font aussi appel à la participation des jeunes dans leur formulation, par exemple les projets de prévention de la consommation dans la vie nocturne. Les jeunes sont impliqués dans la collecte d'informations, l'analyse de problème et la recherche de solutions, notamment sous forme de groupes de discussion (PB2, 11.05.2015).

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?

Les budgets des différents ministères (2003) en relation avec l'approche néerlandaise en matière de drogues représentent un total de 2,185 millions d'euros. Ils sont classifiés sous quatre composantes : la prévention (42€ millions), le traitement (278€ millions), la réduction des méfaits (220€ millions) et l'application de la loi (1,646 € millions), cette dernière composante représentant la dépense dominante (Rigter, 2006 ; Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008).

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?

Le programme destiné aux enfants de parents ayant un problème de santé mentale et aux enfants de parents toxicomanes (KOPP/KVO en néerlandais) offre des cours et des interventions à travers les services de santé mentale, ainsi qu'un soutien en ligne (www.kopopouders.nl) aux parents aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Développé par l'Institut Trimbos, ce programme vise à la fois la prévention de problèmes psychologiques et de consommation chez les enfants d'âge préscolaire, primaire et secondaire et le renforcement des compétences parentales (Trimbos Institute, 2003 ; Trimbos Institute, 2009).

La réintégration sociale de sans-abris toxicomanes est aussi une priorité de la politique néerlandaise. Des projets d'habitation surveillée où la consommation de drogues est souvent acceptée facilitent leur prise en charge (Trimbos Instituut & WODC, 2015 ; PB4, 27.05.2015).

5.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés

a) Le personnel scolaire

La *loi sur l'éducation primaire* déclare que la promotion de comportements sains est une tâche obligatoire des écoles primaires. Les municipalités, ainsi que leurs services de soins et de santé, sont alors responsables de la mise en œuvre de mesures de prévention collectives concernant les risques de santé de la consommation de drogues pour les jeunes. La *loi sur l'éducation de base de l'enseignement secondaire* crée les conditions pour une éducation inclusive et moderne qui prend en compte les questions de promotion de la santé. Le programme « École en santé et drogues » entre dans ce cadre juridique et offre des formations professionnelles aux enseignants (EMCDDA, s.d.-a ; PB2, 11.05.2015).

b) Les autorités de mise en œuvre de la loi

L'approche néerlandaise se veut multisectorielle et la participation des services de police se décline sous plusieurs interventions. Au niveau local existent des « consultations tripartites » entre le Maire, le commissaire de police et le ministère Public qui façonnent conjointement la politique locale relative à la drogue (Koopmans, 2011). Dans les « maisons de sécurité » mentionnées précédemment, les policiers font partie des équipes multidisciplinaires qui encadrent les jeunes contrevenants. Dans certaines villes, par exemple à Rotterdam, plusieurs postes de police offrent un service d'échange d'aiguilles et de seringues (Trimbos Instituut & WODC, 2015).

c) *Les communautés*

Ce sont les municipalités néerlandaises qui sont responsables de la prévention. Le MAESBES leur fournit des lignes directrices pour élaborer des politiques à l'échelle locale et supervise la mise en œuvre effective des mesures. Tous les quatre ans, les municipalités doivent formuler une stratégie de santé publique qui comprend la prévention de la consommation de drogues (PB2, 11.05.2015). Le site www.loketgezondleven.nl comprend le guide « Municipalité en santé » qui appuie les municipalités tout au long du processus de politique de santé publique (PB2, 11.05.2015).

5.4 Approche entre drogue et santé mentale

La prise en charge de la toxicomanie s'inscrit ainsi dans le cadre des soins en santé mentale, sous responsabilité de *l'Association néerlandaise de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie*. Les soins des troubles concomitants se déclinent sous trois échelons (soutien de première ligne, soins primaires et soins secondaires) où l'on adapte le traitement selon le degré du trouble mental (Trimbos Instituut & WODC, 2015). Au cours de la dernière décennie, le nombre d'établissements pour le traitement de troubles concomitants dans les instituts pour les soins de santé mentale et de toxicomanie a augmenté (Trimbos Instituut & WODC, 2015). Depuis 2009 il existe le *Centre national d'expertise en double diagnostic* qui promeut certains traitements intégrés.

5.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité

La stratégie néerlandaise peut être considérée comme ayant eu beaucoup de succès (Trimbos-Instituut & WODC, 2009). En effet, plusieurs études ont démontré que le coût-bénéfice des types de traitement offerts aux Pays-Bas est meilleur que celui de l'emprisonnement (Prendergast, Podus, Chang, & Urada, 2002). D'autres études ont prouvé la relation entre les traitements axés sur l'abstinence et la méthadone et la réduction de la criminalité dans plusieurs pays, incluant les Pays-Bas (Stevens & al., 2005 ; Trimbos-Instituut & WODC, 2009). Le rapport indique une baisse au niveau des crimes contre la propriété commis par des consommateurs de drogues, partiellement expliquée par une baisse des crimes commis par les consommateurs problématiques d'opiacés.

6. La stratégie antidrogue du Portugal

En novembre 2000, le gouvernement portugais a approuvé la dépénalisation de la possession de drogues pour consommation personnelle (P2, 11.03.2015). Avant 2001, le Portugal avait enregistré en moyenne 14,000 infractions liées à la drogue. Cependant, l'entrée en vigueur de la loi 30/200 disposant la possession et l'acquisition de drogues comme infraction administrative, a permis de diminuer les crimes en lien avec les substances illicites dont le vol, la fraude et l'agression d'environ 5,000 à 5,500 annuellement (Hughes & Stevens, 2010). Selon une étude de l'Institut de drogue et de toxicodépendance (2009), les crimes commis sous l'influence de drogue ou pour acquérir de la drogue ont diminué de 23% entre 1991 et 2008 (Hughes & Stevens, 2010)



Le **Plan national de la réduction des comportements addictif et de dépendances**⁴⁰ 2013-2020 (PNRCAD) est la stratégie portugaise principale pour la lutte contre la consommation de drogues. Le plan national est sous la supervision du *Service d'intervention des comportements addictif et de dépendances*⁴¹ (SICAD). Ce dernier est une des branches du ministère de la Santé et prévoit un modèle de soins continus, en plus de mettre l'accent sur la promotion de la santé individuelle et collective (SICAD, s.d.). Le PNRCAD 2013-2020 se démarque de la stratégie 2005-2012 par la prise en considération d'autres comportements associés aux dépendances, à savoir, le dopage et le jeu compulsif.

En se basant sur les recherches scientifiques, le PNRCAD s'appuie sur des composantes de **prévention, dissuasion, réduction des méfaits, traitement et réinsertion** afin de s'investir dans la réduction de l'offre et la demande des substances illicites tout en s'adaptant au cycle de vies des citoyens. De plus, cette stratégie vise une intervention préventive et se base sur une approche de santé publique (SICAD, 2013).

Parmi les autres stratégies nationales d'intérêt pour ce rapport, il convient de faire état du **Plan national de la santé mentale**⁴², sous la responsabilité du ministère de la Santé. Il rejoint le PNRCAD en ce qui concerne les traitements psychiatriques.

⁴⁰ Plano Nacional Para a Redução Dos Comportamento Aditivos e Da Dependências

⁴¹ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

⁴² Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

6.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre

Le Plan national est guidé par cinq objectifs fondamentaux (EMCDDA, 2014):

- Prévenir, décourager, réduire et minimiser les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, les comportements addictifs et les dépendances;
- Réduire la disponibilité des drogues illicites et de nouvelles substances psychoactives;
- Veiller à ce que la disponibilité, la vente et la consommation de substances psychoactives licites soient sûres et n'engendrent pas d'usage nocif;
- Garantir que le jeu légal soit sûr et ne provoque pas de comportements addictifs;
- Garantir la qualité des services fournis aux citoyens et la durabilité des politiques et des interventions.

Le Plan national s'appuie sur deux piliers, soit la **réduction de la demande** et la **réduction de l'approvisionnement en drogues illicites**. Il est composé de deux mesures structurelles (le *plan opérationnel de réponses intégrées* [PORI], et le *réseau de référence*) et quatre thèmes transversaux (information et recherche, formation et communication, relations internationales et coopération et qualité). Sous le pilier de réduction de la demande, la stratégie s'articule autour du cycle de vie de l'individu et identifie des périodes charnières où la consommation de drogues est plus probable. La réduction de l'offre repose sur la réduction des marchés de drogues illicites et la réglementation des jeux de hasard licites.

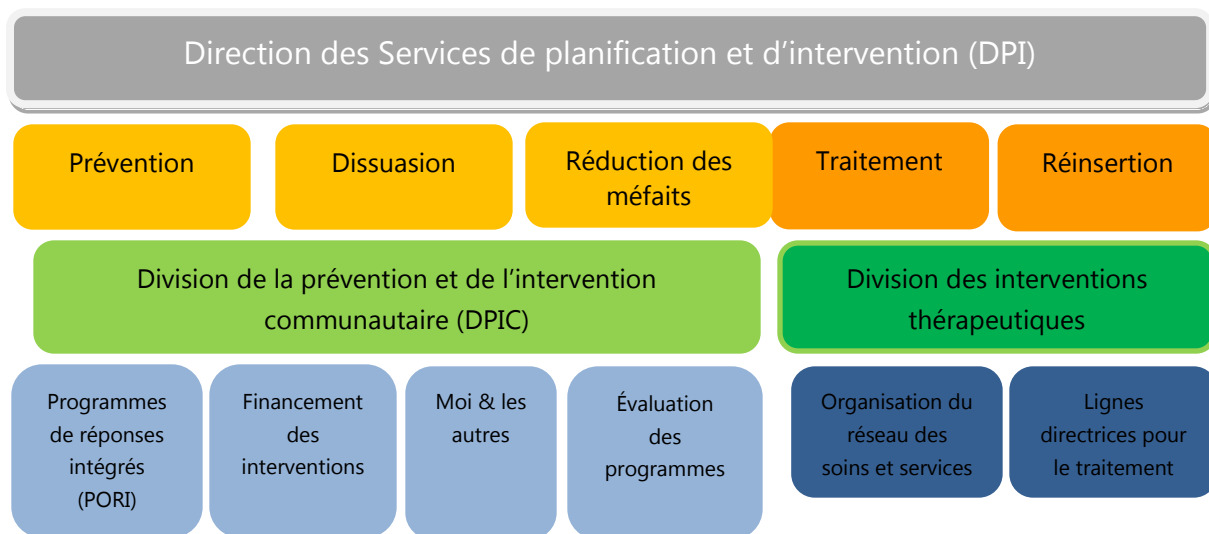


Figure 8. Organigramme du SICAD

a) La prévention primaire

Un concept clé de la stratégie du Portugal est la prévention. Elle est mise en œuvre par le SICAD, en coopération avec d'autres organismes gouvernementaux tels que le ministère de l'Éducation et la police, ainsi que des ONG financées par l'État (Domosławski, 2012, p. 28).

Le SICAD a établi des lignes téléphoniques spéciales pour les jeunes et leurs parents, ainsi qu'un site web nommé «Tu-Alinhas» destiné aux jeunes, qui offrent de l'information objective et des conseils sur le thème des dépendances.

Le SICAD a développé le **PORI**, un programme national qui subventionne les ONG chargées de mettre en place des programmes de prévention primaire et secondaire (SICAD, 2013, p. 98). Ces organisations doivent postuler pour avoir accès à des fonds publics, tout en respectant des critères de sélection : proposer des projets systémiques, supportés par des bases théoriques solides et favorisant les partenariats et prendre part à des évaluations (SICAD, 2013). Parallèlement au PORI, **Moi et les autres** est un programme national mis en œuvre par le SICAD qui forme des intervenants communautaires, des travailleurs sociaux et des professeurs travaillant dans les institutions publiques afin d'implanter les services de prévention du SICAD. Les institutions publiques dans les communautés reçoivent donc les ressources nécessaires pour gérer les programmes établis par le SICAD.

b) La prévention secondaire

Les **Commissions pour la dissuasion de la toxicomanie (CDT)** est la deuxième ligne d'intervention en termes de prévention. Chacune des provinces détient une commission composée de trois personnes nommées par le gouvernement : un expert juridique nommé par le ministère de la Justice et deux personnes nommées par le ministère de la Santé. Lorsqu'un individu est arrêté avec de la drogue, la police confisque la drogue illicite et libère la personne sous condition d'assister à une CDT (Domosławski, 2012, p.29 ; P1.11.03.2015). Si une personne n'y assiste pas, une sanction administrative peut être appliquée, telle qu'une amende, la révocation d'un permis de conduire, de port d'armes ou des travaux communautaires. Compte tenu de l'approche fondée sur la notion de santé publique du gouvernement portugais, la stratégie vise donc la réduction de la criminalité commise sous l'effet de la drogue ou pour acquérir de la drogue en diminuant ou prévenant la consommation chez des individus.

c) La prévention tertiaire

Les toxicomanes peuvent être traités dans des centres médicaux spécialisés en traitement liés à la drogue. Par exemple, un des centres de traitement de Lisbonne, TAIPAS, fournit des soins complets à différentes étapes de traitement. TAIPAS dispose de trois équipes de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux et offre des services de consultation, traitement, psychothérapie et méthadone (P2, 11.03.2015). En plus des traitements spécialisés, ces individus

peuvent bénéficier de physiothérapie et prendre des cours d'arts et de technologies de l'information (Domosławski, 2012, p. 34).

Des équipes multidisciplinaires du SICAD sont en charge de la réinsertion sociale des toxicomanes et collaborent généralement avec les centres de traitement. Elles préparent d'abord un diagnostic de l'état du patient, puis établissent avec lui un plan d'action incluant des objectifs, (retour aux études ou au travail, par exemple). Le patient est également soutenu afin de trouver un emploi ou il est conseillé en la matière (Domosławski, 2012, p. 34 ; P2, 11.03.2015). Tout en préservant la confidentialité du patient, les équipes font aussi de la sensibilisation dans les écoles, entreprises et zones résidentielles de son quartier, le but étant de lutter contre les préjugés visant les toxicomanes et ainsi augmenter les chances de succès de la réinsertion.

Le SICAD collabore également avec des entreprises privées pour offrir des stages de neuf à vingt-quatre mois pour les patients en réinsertion (Domosławski, 2012, p. 35). Enfin, selon la situation familiale du patient, le SICAD peut aussi mettre à disposition un logement.

d) La réduction des méfaits

Les activités de réduction des méfaits au Portugal sont soutenues par une conviction éthique que, dans l'impossibilité de surmonter leur dépendance, les toxicomanes devraient être aidés par l'État à réduire les méfaits engendrés par leur consommation sur eux-mêmes, leurs proches et leur communauté. Un réseau de programmes (échange de seringues, programmes de substitution à bas seuil, etc.) et d'infrastructures (centres d'accueil, refuges, abris, centres mobiles) financé par l'État et majoritairement mis en œuvre par des ONG est disponible à travers le pays dans les zones de consommation intensive de drogues, dans le but de prévenir les risques liés à la drogue, tels que les maladies infectieuses, l'exclusion sociale et la délinquance (Domosławski, 2012); (EMCDDA, s.d.-c).

6.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes

Le plan national antidrogue portugais est destiné, entre autres catégories d'âge, aux jeunes et emploie l'approche de cycle de vie basée sur un développement bio-psycho-social de l'individu. La stratégie portugaise vise à identifier certaines périodes critiques de la vie d'un individu et met l'accent sur une intervention axée sur ses besoins et ses forces. L'enfance et l'adolescence étant des périodes charnières pour le début de la consommation de drogues, une grande importance leur est accordée.

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?

La stratégie, à travers un diagnostic réalisé sur tout le territoire portugais, cherche à identifier les zones vulnérables où les jeunes sont plus portés à adopter des comportements de dépendance. Une fois les besoins d'intervention identifiés, la stratégie cherche à favoriser l'intégration de ces jeunes en société et minimiser la marginalisation et l'exclusion à travers le programme de réponse intégré (PRI) (SICAD, 2013, p. 53). Toutefois, la réduction de la marginalisation n'est pas une

approche qui cible seulement certains groupes (selon leur contexte socio-économique). En effet, la stratégie considère tout individu comme étant à risque de marginalisation et vise à prévenir la consommation à des stades critiques de la vie (SICAD, 2013, p. 53).

b) Est-elle participative?

Des organes de coordination du Conseil national sur l'abus des drogues invitent des jeunes qui sont à l'école ou qui font partie de comités de ce Conseil national – dont le *Comité des jeunes au travail* – à exprimer leur opinion sur les divers programmes de la stratégie. Cette initiative permet de mettre sur pied des programmes adaptés pour mieux intervenir sur la dépendance aux drogues, à l'alcool et aux jeux de hasard (P1, 17.02.2015).

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?

Contrairement à la stratégie de 2005 à 2012, le PNRCAD 2013-2020 n'a pas dévoilé son budget au public, en raison de la multitude d'institutions différentes ayant été impliquées dans son développement et sa mise en œuvre (P2, 11.03.2015). Ceci dit, nous pouvons constater qu'une grande partie de l'effort est mis sur des programmes de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et de réintégration sociale grâce aux divers programmes de subventions dont le **PORI** et **Moi et les autres** (P2, 11.03.2015).

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?

Tel que mentionné précédemment, le SICAD a élaboré un diagnostic national en 2005, ce qui lui a permis d'axer certains programmes sur les groupes à haut risque (Domosławski, 2012, p. 28). Le SICAD a ainsi identifié les jeunes comme étant un groupe à risque, surtout ceux qui fréquentent des événements culturels populaires, puisque ce sont des endroits où ils s'initient à la consommation. Ainsi, des intervenants se présentent dans ces lieux fréquentés par les jeunes pour leur parler des conséquences liées à la consommation de drogues et identifier des personnes montrant des signes de dépendance et les encourager à s'inscrire à des programmes de traitement (Domosławski, 2012).

6.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés

Pour établir une intervention au sein d'une communauté, le PNRCAD prend en considération le contexte communautaire afin d'évaluer et comprendre les risques et besoins des populations visées, ce qui est indispensable au succès et à la pérennité des programmes.

a) Le personnel scolaire

Dans les écoles primaire et secondaire, les jeunes bénéficient d'un cursus traditionnel en plus d'un apprentissage transversal de bonne conduite affective, sociale et éthique. Pour établir un environnement qui favorise un développement sain, le ministère de l'Administration interne et le ministère de l'Éducation et des Sciences ont créé un programme national d'écoles. Cette initiative collaborative a pour objectif de promouvoir la prévention et assurer la sécurité des écoles et de leurs alentours. Pour ce faire, elle fait appel à une présence policière permanente proche de ces milieux (SICAD, 2013, p. 57 ; Polícia Segurança Publica, s.d).

Le programme **Moi et les autres** contribue aussi à la prévention en milieu scolaire. Elle utilise une approche de prévention intégrée qui aborde différentes problématiques à l'adolescence dont la sexualité, la violence et la consommation de substances illicites (P2, 11.03.2015). Ce programme gouvernemental a comme mandat de multiplier les interventions en offrant des formations et ressources aux professeurs et travailleurs sociaux qui agissent au nom du SICAD.

b) Les communautés

Le **PORI** subventionne des *programmes de réponses intégrées (PRI)* qui réalisent des interventions interdisciplinaires au niveau local. Ainsi, le PORI se charge d'allouer des fonds à des ONG qui, pour bénéficier des subventions, doivent orienter leurs interventions sur des problématiques multidimensionnelles dont l'abus des substances illicites. Elles doivent avoir une perspective écologique selon le modèle de développement humain, ainsi qu'une vision globale et intégrée (SICAD, 2013, p. 57). Finalement, les organismes doivent évaluer rigoureusement la mise en œuvre autant que l'impact, afin d'assurer les meilleurs résultats possibles. Si une intervention montre des lacunes, il est possible de demander des fonds additionnels pour répondre à certains besoins spécifiques d'une communauté (SICAD, 2013, p. 97–98).

c) Les autorités de mise en œuvre de la loi

Le service de police portugais a un rôle actif à travers le programme d'« Écoles sûres ». Les policiers suivent une formation qui leur permet non seulement d'augmenter la sécurité aux alentours des écoles, mais aussi d'identifier et de signaler des situations à risque – la consommation de drogues chez les jeunes – aux services d'intervention adéquats (Polícia segurança publica, s.d.). D'autre part, le système pénal reconnaît que les personnes qui ont des problèmes de toxicomanie doivent bénéficier de programmes multidisciplinaires de traitement et

de réhabilitation lors de leur détention pour diminuer la récurrence potentielle. Ainsi, des programmes informatifs et de sensibilisation leur sont offerts afin de les amener à avoir une meilleure connaissance des effets négatifs de leur dépendance (SICAD, 2013, p. 62–63).

6.4 Approche entre drogue et santé mentale

Le programme de santé mentale du gouvernement portugais est une composante externe à la stratégie PNRCAD et est abordée dans le **Plan national de santé mentale 2007-2016**. Certaines connexions existent tout de même entre drogue et santé mentale, notamment en ce qui a trait aux traitements psychiatriques de troubles concomitants dans les établissements du réseau de référence. Ceci dit, la priorité de ces cliniques demeure le traitement des dépendances et, de ce fait, les patients aux prises avec des troubles de santé mentale sont référés à un autre réseau national de soins (Barros, Machado, & Simoes, 2011 ; P2, 11.03.2015).

6.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidroque sur la criminalité

La version 2013-2020 de la stratégie du Portugal n'a pas encore été évaluée afin de déterminer son impact sur la criminalité. Ceci dit, l'Open Society Foundation a évalué la version 2005-2012 et les résultats indiquent que les nouvelles mesures, instaurées au moment de la dépénalisation, ont eu des effets positifs sur la criminalité. La dépénalisation a inévitablement produit une réduction du nombre de personnes arrêtées et jugées pour infractions relatives aux drogues depuis 2011 (Murkin, 2014). Les programmes de traitement et de réduction de méfaits ont été un succès, puisqu'ils ont permis d'inclure davantage de gens marginalisés dans les programmes gouvernementaux (P1, 17.02.2015 ; P2, 03.03.2015). Selon les experts portugais et internationaux, les tendances positives remarquées prennent racine dans une politique de drogue qui offre un traitement aux personnes toxicomanes, au lieu de les traiter comme des criminels (Domosławski, 2012).

7. La stratégie antidrogue du Royaume-Uni

En Europe, le Royaume-Uni possède l'un des taux les plus élevés de consommation de cannabis et d'alcool de façon excessive (*binge drinking*) chez les jeunes (HM Government, 2010). En effet, en Angleterre et au Pays de Galles, 16% des jeunes entre 16 et 24 ans ont déjà consommé de la drogue (EMCDDA, 2013b). Or l'abus d'alcool, souvent couplé avec la prise de stimulants et autres drogues illicites, peut pousser les individus à adopter des comportements violents et criminels. Entre 2010 et 2011, le Royaume-Uni a estimé les coûts socio-économiques de la criminalité liés à la drogue à £10.7 milliards dont plus de la moitié (£5.8) concerne la délinquance (EMCDDA, 2013b).



7.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre

En 2010, le Royaume-Uni s'est doté d'une nouvelle stratégie antidrogue qui préconise une approche qui englobe toute la vie allant de la prévention précoce (des enfants en bas âge) au traitement de la dépendance (EMCDDA, 2013b). L'objectif de la stratégie du Royaume-Uni est d'atteindre l'abstinence chez les jeunes (HM Government, 2010).

Dirigée par le Ministère de l'Intérieur, en partenariat avec les Départements de l'Éducation, de la Santé, du Travail, de la Justice et des Communautés, la stratégie offre des lignes directrices qui s'articulent autour de trois piliers (HM Government, 2010) :

COMPOSANTES
RÉDUIRE LA DEMANDE
RESTREINDRE L'OFFRE
RÉTABLISSEMENT AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ

Figure 9. Composantes de la stratégie du Royaume-Uni en matière de drogue

Tandis que le Royaume-Uni garde les pleins pouvoirs concernant la lutte contre le trafic de drogue, chaque nation⁴³ possède une stratégie antidrogue nationale qui délimite plus précisément ses responsabilités en termes de prévention et traitement (EMCDDA, 2013b).

La stratégie prévoit que les compétences dans le secteur de la santé et de la prévention soient décentralisées en Angleterre (HM Government, 2010). Le gouvernement national⁴⁴ n'intervient pas directement dans le développement des programmes au niveau local mais a un rôle de soutien important à travers l'attribution de fonds, le renforcement des capacités locales et le partage des bonnes pratiques basées sur des données probantes (RU3, 27.04.2015).

La stratégie souligne l'importance de la collaboration multisectorielle afin d'aborder les problèmes de dépendance (HM Government, 2010).

a) Prévention primaire

Le Royaume-Uni a mis en place la **campagne** de sensibilisation grand public « Talk to FRANK⁴⁵ » (HM Government, 2010). Grâce à un service en ligne de renseignements sur les effets néfastes de la drogue, d'un numéro d'appel d'urgence ainsi que d'une messagerie instantanée (« tchat »), « Talk to FRANK » a pour but de dissuader les jeunes de 11 à 18 ans de consommer de la drogue en adoptant un ton neutre, sans jugement (EMCDDA, 2015). Le service d'information fournit aux jeunes les outils nécessaires pour résister à la pression de leurs pairs, comprendre les normes sociales qui justifient la consommation et créer un environnement sain dans lequel l'individu sera capable de résister à la tentation (RU1, 26.02.2015). Le programme FRANK s'adresse aussi aux parents car il reconnaît que souvent les jeunes issus de situations familiales difficiles ont plus de risques d'avoir des problèmes de drogue (HM Government, 2010).

Le programme « Rise Above⁴⁶ » est une ressource en ligne plus particulièrement adressée aux adolescents, qui vise à prévenir les comportements à risque, notamment en matière de drogue en développant leurs capacités personnelles, leur capital social et leurs facultés de résilience (RU2, 09.04.2015).

La prévention primaire s'effectue également par l'entremise de l'**école**, puisque la stratégie reconnaît qu'elle a un rôle crucial à jouer en matière de prévention de l'abus de drogue (HM Government, 2010). À ce titre, le service d'information ADEPIS⁴⁷ fournit des conseils pratiques et

⁴³ L'Angleterre, le Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord

⁴⁴ Il reçoit aussi les conseils du ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) qui agit à titre d'expert indépendant (HM Government, 2010).

⁴⁵ En Ecosse, la campagne « Know the Score » offre des informations et des conseils sur le même modèle (assistance téléphonique et site web) pour les jeunes et leurs familles.

⁴⁶ En Ecosse, le programme éducatif « Choices of Life » opère sur un modèle similaire et traite exclusivement de la prévention de la consommation de drogues, alcool et tabac.

⁴⁷ *Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service*

des outils de prévention efficaces (notamment des programmes éducatifs et scolaires) basés sur des recherches et des études de cas, à l'intention des praticiens et des éducateurs travaillant avec les jeunes (« ADEPIS », 2015).

En outre, la stratégie part du postulat que les jeunes vivant une situation familiale difficile (abus, négligence, traumatisme ou pauvreté) sont plus enclins à consommer de la drogue. C'est pourquoi la prévention doit commencer le plus tôt possible, en particulier chez les **familles** vulnérables, pour éviter l'escalade des méfaits, et empêcher les jeunes de devenir des adultes dépendants (HM Government, 2010)⁴⁸.

La stratégie encourage les programmes⁴⁹ pour soutenir les enfants en très bas âge et leurs parents. Il existe également des programmes de traitement spécialement destinés aux parents souffrant de dépendance qui sont couplés à des services de protection de l'enfance afin de leur fournir un environnement familial plus sain (HM Government, 2010). Les professionnels qui sont en contact avec les enfants en bas âge et leurs parents sont encouragés à se former pour pouvoir effectuer des interventions précoces auprès des enfants et les protéger ainsi des risques (HM Government, 2010).

b) Prévention secondaire

Les interventions précoces⁵⁰ sont laissées aux gouvernements locaux et aux organisations communautaires. Le gouvernement national soutient les processus financièrement et en fournissant des conseils et des données probantes en matière d'intervention efficace. Les interventions auprès des familles sont particulièrement recommandées, démontrant notamment une réduction de la criminalité (HM Government, 2010).⁵¹

c) Prévention tertiaire

Le traitement est considéré comme le moyen le plus efficace pour réduire la criminalité, favoriser la réintégration de l'individu au sein de sa communauté et prévenir la récidive (NTA-NHS, 2009). La stratégie cherche donc à réduire la criminalité liée à la drogue en fournissant des services de traitement complets et accessibles à tous (RU1, 26.01.2015).

Si un individu commet une infraction en lien avec une dépendance, la police et les juges bénéficient d'une marge de manœuvre afin de proposer à un individu comme peine alternative à

⁴⁸ Il s'agit d'interventions primaires si les enfants ne consomment pas de drogues et de prévention secondaire si les enfants sont à un stade précoce de la consommation de drogues.

⁴⁹ Voir par exemple « Healthy Child », « Troubled Families », « Sure Start » et « Family Nurse Partnerships »

⁵⁰ Par exemple « Early Intervention Grant », « Choices »

⁵¹ Voir réf. 48.

l'incarcération de le rediriger vers des services de traitement⁵² (EMCDDA, 2013 et RU1, 26.01.2015).

Dans le cas où l'incarcération est jugée nécessaire, le traitement est également disponible en milieu carcéral⁵³ (NTA-NHS, 2009). Après qu'une personne ait écopé sa peine, l'approche préconisée afin de prévenir la récidive est celle du rétablissement et de la réintégration de l'individu au sein de sa communauté⁵⁴ grâce à un traitement efficace de la dépendance et un accompagnement social (HM Government, 2010).

À titre de programmes particuliers, l'on nommera d'une part le « Programme d'intervention de drogue »⁵⁵ qui vise à aborder le problème de toxicomanie et de criminalité des contrevenants particulièrement problématiques et difficiles d'accès (Home Office, 2011). D'autre part, les programmes de « liaison et diversion »⁵⁶ sont mis en place dans les tribunaux de justice juvénile pour rediriger les jeunes de moins de 18 ans ayant commis des infractions, vers des services de traitement appropriés plutôt que le milieu carcéral (RU3, 27.04.2015).

d) Réduction des méfaits

Il n'y a pas de composante de la stratégie du Royaume-Uni spécifiquement centrée sur la réduction des méfaits.

7.2 Les aspects de la stratégie touchant les jeunes

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?

La stratégie prévoit des programmes de soutien aux familles en difficulté. Ces familles bénéficient d'un soutien social pour réduire la marginalisation et prévenir la consommation de drogues. En effet, la stratégie reconnaît l'influence des facteurs externes, tels que les facteurs sociaux, sur la consommation de drogues de jeunes individus (HM Government, 2010).

La réduction de la marginalisation est également un axe fondamental du volet « *Rétablissement au sein de la communauté* » puisque la stratégie soutient que la guérison ne consiste pas uniquement à aborder les symptômes et causes de la dépendance, mais également à permettre la réintégration des individus dans leur communauté (HM Government, 2010). En effet, si une personne parvient à surmonter sa dépendance, sa réintégration dans la société (emploi,

⁵² Tous les traitements au Royaume-Uni sont volontaires, sauf dans des cas très exceptionnels liés à la santé mentale (RU1, 26.01.2015).

⁵³ *Integrated Drug Treatment System*

⁵⁴ *whole systems approach*

⁵⁵ *Drug Interventions Programmes*

⁵⁶ *Liaison and Diversion Schemes*

logement, etc.) est fondamentale pour que le résultat puisse se maintenir à long terme (RU1, 26.01.2015).

b) Est-elle participative?

Dans le cas de la campagne «Talk To FRANK», les messages sont réévalués régulièrement avec la participation des jeunes pour s'assurer qu'ils sont ciblés à leurs besoins (RU1, 26.02.2015) (RU3, 27.04.2015). La base de données du service est régulièrement mise à jour pour répondre aux nouveaux besoins des jeunes et correspondre à leur mode d'utilisation des médias sociaux (HM Government, 2015). Le programme « Rise Above » implique aussi les jeunes en créant des espaces d'échange et des mises en situation pour les inviter à partager leurs opinions (HM Government, 2015).

Il est également établi qu'il y existe une participation efficace des usagers de tous les services de soins de santé au Royaume-Uni, qui répondent au principe « pas de décision sur moi, sans moi » (RU1, 26.01.2015).

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?

Sur les £2.5 milliards de dépenses (estimées), un peu plus de la moitié est consacrée à l'application de la loi. Le reste du budget est réparti entre : le traitement (un cinquième du budget), les programmes d'interventions précoces (près de 15%), l'éducation, les activités de traitement non liées à la réhabilitation (médicale) de l'individu (environ 6%) et les campagnes d'information (0,3%) (HM Government, 2013).

Une des particularités du Royaume-Uni en matière de financement est la mise sur pied de huit projets pilotes du système « Paiement au résultat⁵⁷ » (Department of Health, 2014). Ce système cherche à attirer un financement privé, les investisseurs recevant un bonus si les résultats des traitements sont meilleurs que prévus. Une évaluation récente du Département de la Santé montre que ce système rencontre des difficultés de mise en œuvre, notamment dû aux facteurs inconnus qui influencent les résultats (Department of Health, 2014).⁵⁸

⁵⁷ *Payment by Results*

⁵⁸ L'évaluation de ces projets pilotes sera bientôt achevée et publiée (RU1, 26.02.2015).

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?

Parmi d'autres groupes spécifiques, la stratégie (2010) a établi des programmes de soutien destinés aux personnes itinérantes pour prévenir la consommation de drogues ou les aider à sortir de la dépendance (HM Government, 2010). La stratégie soutient que l'aide au logement contribue à la prévention de la criminalité liée à la drogue et complète efficacement les services de traitement car elle améliore les conditions de vie et de bien-être social de la personne (HM Government, 2010).

En Angleterre, le programme « Positive Futures⁵⁹ » lancé en 2012, cible les jeunes de 10 à 19 ans qui vivent dans des communautés défavorisées (EMCDDA, 2013b). Il met en place des activités sportives et des ateliers créatifs pour détourner les jeunes de la violence, de la consommation de drogues et de la criminalité (EMCDDA, 2013b).

7.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés

a) Le personnel scolaire

La stratégie souligne que les écoles ont un rôle clé dans la prévention de l'abus de drogue. Le gouvernement s'engage à ce que le personnel des écoles aient les connaissances et les capacités nécessaires afin de fournir des informations pertinentes, d'aborder les comportements problématiques liés aux drogues à l'école (comme le trafic), et de travailler avec des organisations ainsi que la police pour prévenir l'abus de drogues (HM Government, 2010)⁶⁰. Le personnel scolaire bénéficie d'une certaine flexibilité dans le choix et le contenu de ces programmes (RU3, 27.04.2015). Le gouvernement central s'engage à les soutenir en partageant de l'expertise, notamment des meilleures pratiques en la matière. Ici encore, une attention particulière est donnée aux enfants issus de milieux défavorisés (HM Government, 2010).

b) Les autorités de mise en œuvre de la loi

Dans le cas où un individu est appréhendé par la police, et si elle estime que l'individu a commis ce crime du fait de sa dépendance, l'agent peut procéder à un test et le rediriger ensuite vers des services de traitement plutôt que d'entamer des poursuites judiciaires (RU1, 26.02.2015). S'il s'engage à suivre un traitement ou à faire des travaux d'intérêt général, il peut être relâché (RU1, 26.02.2015). Les services de police et de justice jouissent d'un pouvoir discrétionnaire qui leur

⁵⁹ En Ecosse, le programme « *CashBack for Communities* » réinvestit des fonds dans des programmes communautaires, activités et infrastructures pour les jeunes en difficultés.

⁶⁰ Voir par exemple « *Healthy Schools* »

permet de prendre des décisions en fonction de ce qu'ils jugent être meilleur pour la société (RU1, 26.02.2015).

c) Les communautés

La stratégie mentionne de nombreux programmes d'aide sociale qui abordent la question de la consommation des drogues parmi d'autres thèmes tels que le logement et l'emploi (HM Government, 2010). Les organismes locaux travaillent en partenariat pour renforcer les capacités individuelles des personnes et leur assurer une meilleure (ré)intégration au sein de leur communauté à travers, par exemple, des programmes de mentorat « Recovery Champions » (HM Government, 2010). Ces réseaux sont mis en avant pour aider les individus à sortir de la dépendance et à se poser comme exemples pour leurs pairs. Les réseaux d'aide mutuelle et le soutien par les pairs (communauté, famille, proches) sont reconnus pour être efficaces dans le traitement de l'individu (HM Government, 2010).

7.4 Approche entre drogue et santé mentale

La stratégie considère que les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale sont une population particulièrement à risque par rapport à la consommation de drogues, et prône une intervention dès l'apparition des premiers symptômes (HM Government, 2010).

Lorsqu'un jeune développe une dépendance à l'alcool ou la drogue, il est redirigé vers les services de santé mentale appropriés (Child and Adolescent Mental Health Service – CAMHS), en plus des autres services de prise en charge (hébergement, éducation, traitement etc.) (HM Government, 2010). Il est d'ailleurs fortement conseillé de ne pas isoler la composante de la santé mentale par rapport aux autres facteurs sociaux et environnementaux de la consommation (RU3, 27.04.2015).

De surcroît, les services « Liaison et Diversion » travaillent en collaboration avec le système judiciaire pour identifier les individus – en particulier les jeunes – qui souffrent de problèmes mentaux, afin de les accompagner pendant leur détention ou bien de les rediriger vers des institutions spécialisées s'ils sont mineurs (HM Government, 2015).

7.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité

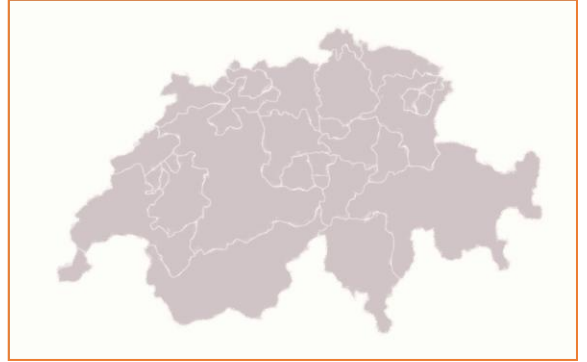
La stratégie est récente (2010), il est donc relativement tôt pour évaluer son impact. Cependant, selon un entretien, il semble que les programmes les plus efficaces sont ceux qui permettent le renforcement des capacités individuelles à résister aux pressions des pairs (RU1, 26.02.2015). D'autre part, les interventions familiales ciblées⁶¹ se sont montrées jusqu'à présent rentables et efficaces pour réduire les risques associés à la consommation de drogues, dont la criminalité (Hamilton, 2010).

⁶¹ *Family Interventions*

En ce qui concerne les services de traitement, notamment le traitement médicalisé dans les prisons, ceux-ci se sont montrés efficaces dans la réduction de la récidive et de la criminalité, d'après le postulat que la meilleure façon de réduire la criminalité liée à la consommation de drogue est d'éliminer la consommation elle-même (NTA-NHS, 2009).

8. La stratégie des quatre piliers de la Suisse

En Suisse, le nombre de personnes toxicodépendantes a augmenté d'une manière importante à la fin des années 1980 (OFSP, 2006), devenant une préoccupation prioritaire pour le citoyen suisse, témoin des scènes ouvertes de la drogue (S1, 22.04.2015). C'est en réponse aux conséquences d'une situation difficile et à la position dominante qu'elle avait prise dans l'opinion publique qu'a été développée graduellement la politique dite des quatre piliers (OFSP, 2006). Actuellement, le problème de la toxicomanie en Suisse n'est plus un enjeu majeur pour la population et le monde politique (S1, 22.04.2015).



8.1 Les aspects préventifs de la stratégie et leur mise en œuvre

La politique suisse se veut *pragmatique* (S1, 22.04.2015). Par conséquent, elle part du postulat qu'une société totalement exempte de consommation de stupéfiants est utopique. Elle prend donc le consommateur tel qu'il est et prévoit des mesures répondant à ses besoins, où qu'il en soit dans son processus personnel et sans nécessairement avoir *a priori* pour objectif une visée d'abstinence (S1, 22.04.2015). Elle a donc développé une politique en conséquence, basée sur la santé publique plutôt que sur la seule répression, appelée politique des quatre piliers : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression. Les impacts recherchés sont :

- La diminution de la consommation de la drogue,
- La diminution des conséquences négatives pour la société⁶², et
- La diminution des conséquences négatives pour les consommateurs (OFSP, 2012).

⁶² Notamment la visibilité de la consommation de drogue (S4, 04.05.2015).

	COMPOSANTES	SOUS-COMPOSANTES
TÂCHES TRANSVERSALES I. COORDINATION II. QUALITÉ/FORMATION CONTINUE III. INNOVATION IV. BASES SCIENTIFIQUES	PRÉVENTION	Promotion de la santé à l'école (approche globale)
		Réseau suisse éducation + santé (é+s)
		Intervention précoce
	THÉRAPIE	Traitement avec prescription d'héroïne
		Traitement avec prescription de méthadone ou de buprénorphine
		Traitement de l'addiction en milieu carcéral
		Campagne hépatite C
	RÉDUCTION DES RISQUES	Développement de concepts et d'offres de prestations
		Coordination et ancrage
	RÉPRESSION	Les sous-composantes de <i>répression</i> ne s'insèrent pas dans le cadre de la prévention, en conséquence, elles ne seront pas considérées.

Figure 10. Les composantes de la politique des quatre piliers de la Suisse (OFSP, 2012)

Compte tenu du fait que la Suisse est un pays fédéral au sein duquel les cantons ont une grande autonomie, les mesures de prévention sont laissées dans une large mesure à la discrétion de ceux-ci, la Confédération jouant davantage un rôle de coordination⁶³. Par conséquent, les

⁶³ Plus précisément de l'office fédéral de la **santé publique (OFSP)**.

programmes mis en œuvre peuvent différer considérablement d'une région à l'autre du pays, selon la partie linguistique ainsi que selon la culture organisationnelle (S1, 22.04.2015).

Cependant, un aspect important de la politique suisse est la collaboration entre les quatre piliers, par exemple la répression doit prendre en considération la réduction des risques. En effet, si les policiers confisquent les seringues propres (réduction des risques), les résultats sont contre-productifs (S4, 04.05.2015).

La mise en œuvre de la politique intègre les ONG qui sont souvent financées (partiellement) par les cantons (S1, 22.04.2015).

a) La prévention primaire

En prévention primaire, l'OFSP est principalement actif au niveau de l'école au travers du projet *Éducation et santé* (réseau d'écoles) et Éducation 21 (production de matériel didactique) (S1, 22.04.2015). La prévention de la toxicomanie est intégrée dans l'éducation scolaire (OFSP, s. d.-b). Les professionnels du milieu scolaires sont formés afin de pouvoir promouvoir la prévention et la santé à l'école (OFSP, s. d.-b). La mise en œuvre de ces mesures varie en fonction des cantons.

b) La prévention secondaire

L'intervention précoce⁶⁴ est la mesure de prévention secondaire. Elle consiste en un accompagnement des jeunes en situation de vulnérabilité. La démarche de l'intervention précoce comprend 4 phases : la promotion d'un environnement favorable, le repérage, l'évaluation et la prise en charge (voir La démarche d'intervention précoce (Al Kurdi, Carrasco, & Savary, 2010).

Les interventions précoces visent d'abord la *promotion d'un environnement favorable*. Ce principe reconnaît que la société porte une part de responsabilité dans la consommation de drogues illicites, lorsqu'elle favorise des conditions cadres qui expliquent que les individus consomment (la pression de la productivité, les conditions de vie, les conditions de travail, etc.) (S4, 04.05.2015).

En deuxième lieu, les interventions précoces ont pour objectif de former les professionnels qui sont en contact avec les jeunes afin qu'ils soient capables de détecter les jeunes à risque et de les amener, s'il y a lieu, à accepter une intervention. Cette connaissance en matière de problèmes liés à la dépendance est intégrée petit à petit au sein de tous les métiers qui peuvent être en contact avec des personnes dépendantes ou à risque (enseignants, travailleurs sociaux, animateurs socio-culturels, policiers, entre autres). En effet, l'intervention précoce est à l'articulation des piliers de la prévention et de la thérapie (S1, 22.04.2015).

⁶⁴ L'intervention précoce est prévue par la loi révisée sur les stupéfiants.

Il est à souligner que les programmes de prévention primaire et secondaire ont tendance à être de moins en moins spécifiques à la drogue et de plus en plus centrés sur les différents facteurs de risques, qui peuvent être communs à la consommation de drogue, d'alcool et à la violence, notamment (S1, 22.04.2015).

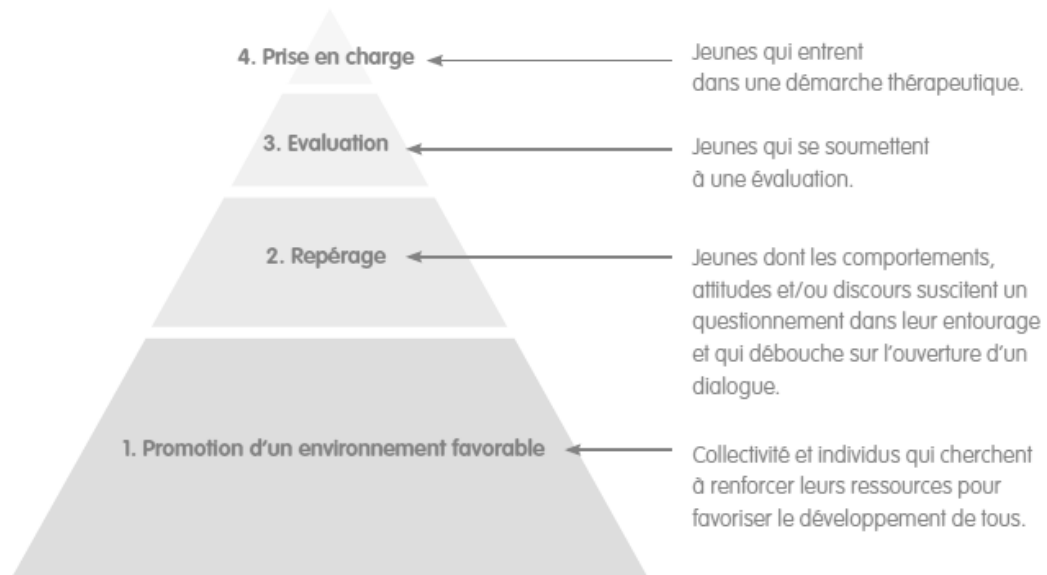


Figure 11. La démarche d'intervention précoce (Al Kurdi, Carrasco, & Savary, 2010)

c) La prévention tertiaire

Dans le modèle suisse, la prévention tertiaire couvre le pilier de la thérapie. Les cantons offrent toute une gamme de traitements qui vont de ceux basés sur la prescription de produits dits de substitution (Héroïne pharmaceutique, méthadone, Buprénorphine et morphine retard) jusqu'à des traitements résidentiels centrés sur l'abstinence. L'accès aux traitements dits de substitution a été facilité au cours des années, de telle sorte que la plupart des personnes toxicomanes sont intégrées dans le réseau de santé (S1, 22.04.2015).

Le code pénal prévoit que le juge peut ordonner une de ces formes de traitement au lieu d'une peine d'emprisonnement, si l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec cette addiction.

Une norme de qualité nationale permet de garantir la qualité des prestations qui sont offertes par ces institutions (S1, 22.04.2015).

d) La réduction des méfaits

La réduction des risques cherche à diminuer les dommages provoqués par la consommation de drogue (OFSP, 2012). C'est un « *filet de sécurité* » *permettant d'atteindre les personnes ayant passé entre les mailles du filet de la prévention ou ayant interrompu la prise en charge thérapeutique* » (infodrog & GREA, 2009, p. 3). La réduction de la criminalité fait partie de ses attributs (infodrog & GREA, 2009).

En matière de mesure de réduction des risques on citera les salles de consommation, qui permettent de consommer des drogues dans des conditions d'hygiène acceptables et en recevant des conseils et des soins (S2, 23.04.2015). Il en existe actuellement 12 à travers le pays (S2, 23.04.2015). Une norme permet de garantir la qualité des prestations qui y sont offertes (S1, 22.04.2015).

8.2 Aspects de la stratégie touchant les jeunes

La composante de prévention du plan d'action suisse reconnaît l'importance de renforcer les facteurs de protection chez les jeunes (OFSP, 2012).

a) Est-elle inclusive et cherche-t-elle à réduire la marginalisation?

La réduction de la marginalisation est prévue au sein des piliers de *prévention*, *réduction des risques* et de *traitement*. Celle-ci s'effectue principalement au travers de l'insertion (ou réinsertion) professionnelle et de l'insertion dans le système de santé (S1, 22.04.2015, OFSP, 2012, p. 5, S2, 23.04.2015 et infodrog & GREA, 2009).

Il existe différents seuils de réduction de la marginalisation en fonction des ressources des individus, allant de la réinsertion professionnelle aux emplois journaliers selon le degré de dépendance dont l'individu fait montre. En effet, l'approche suisse reconnaît que certains individus, grands consommateurs, se sont socialisés d'une manière qui rend difficile leur réintégration pleine et entière dans le marché libre du travail et qu'ils ont besoin d'occupations plus flexibles (S1, 22.04.2015).

b) Est-elle participative?

Il est reconnu, au niveau fédéral, qu'un bon programme de prévention doit être participatif (voir notamment Addiction Suisse, 2013 et S1, 22.04.2015). Cependant, comme l'autonomie des cantons les laisse libres de mettre en œuvre les programmes de leur choix, il n'est pas possible de garantir que tous les programmes le soient.

Une autre participation recherchée est celle des professionnels en contact avec les personnes vulnérables. En effet, afin qu'ils interviennent, il est important qu'ils adhèrent à la démarche et par là-même qu'ils se l'approprient. Ils sont donc impliqués dans l'élaboration des approches en matière de dépendance (S1, 22.04.2015).

c) Existe-t-il une répartition équitable des ressources entre les programmes sociaux et la lutte contre la criminalité d'autre part?

La mise en œuvre de la politique suisse en matière de drogue a lieu aux niveaux fédéral, cantonal et communal, ce qui rend le calcul du budget extrêmement difficile (26 cantons, 2,200 communes) (S4, 04.05.2015). Une estimation a été faite selon laquelle la répartition du budget entre les 4 piliers est fortement à faveur de la répression. En effet, ce pilier en recevrait environ les deux tiers, la thérapie un quart et la prévention et la réduction des risques 5% chacun (infodrog & GREA, 2009).

d) Comporte-t-elle des programmes ciblés et adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes à risque?

Des programmes ciblés sur des groupes à risque spécifiques sont rares en Suisse (S1, 22.04.2015). Les migrants et le *genre* en constituent des exemples (S4, 04.05.2015 et OFSP, s. d.-a). Cependant, la mise en œuvre de la protection des migrants est rendue difficile par une approche restrictive de la migration, les personnes étrangères étant par exemple parfois limitées dans leur accès aux prestations de réduction des risques (voir notamment Première Ligne, s. d. et S4, 04.05.2015).

Un autre exemple est le projet fédéral «supra-f», mis en place au niveau local pour répondre à des besoins de groupes à risque (S3, 29.04.2015). Il soutenait des jeunes traversant des situations difficiles afin qu'ils puissent stabiliser leur situation scolaire ou professionnelle (infodrog, s. d.). Il s'est achevé en 2009 (S3, 29.04.2015). Les résultats de ce programme ont été intégrés dans le nouveau programme d'intervention précoce (S1, 22.04.2015).

8.3 Les initiatives entreprises pour impliquer le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés

Il est à souligner qu'il n'existe pas de recueil systématique des actions de prévention, puisque celles-ci relèvent des cantons (S4, 04.05.2015).

a) Le personnel scolaire

Le personnel scolaire est largement impliqué dans la prévention primaire et secondaire, comme mentionné ci-dessus, dans les programmes « éducation et santé » et « intervention précoce » ou encore les « Médiateurs scolaires » en Suisse romande (S1, 22.04.2015). Les professionnels peuvent notamment être formés au repérage de situations à risque, parler aux jeunes et les référer aux personnes adéquates pour une évaluation et un soutien (S4, 04.05.2015).

b) Les autorités de mise en œuvre de la loi

Avec la politique des quatre piliers, la répression doit s'effectuer de manière moins directe (S4, 04.05.2015). Dans ce sens, une collaboration entre la police et le service de réduction des risques est encouragée (S1, 22.04.2015). Ce principe est encore renforcé par la Déclaration de Francfort,

adoptée notamment par la Suisse, qui stipule notamment qu'il est essentiel de « *comprendre que la prévention, la réduction des risques, le traitement et la répression doivent être équilibrés de manière à réduire les dommages faits aux individus et à la société* » (S4, 04.05.2015 et « Principes de Francfort sur l'application de la loi sur les drogues », 2013).

La police joue également un rôle en matière de prévention dans ses interactions avec les jeunes. En effet, les policiers sont formés à intervenir d'une manière pertinente lorsqu'ils interpellent les jeunes dans la rue (S1, 22.04.2015).

Une collaboration s'installe également dans certains cantons entre les autorités judiciaires pour mineurs et les centres de prise en charge, par exemple dans le cadre de l'intervention précoce pour des jeunes fumeurs excessifs de cannabis (S1, 22.04.2015).

c) Les communautés

Les projets communautaires sont mis en place au niveau communal (S4, 04.05.2015). Des projets multidimensionnels sont mis en œuvre dans divers domaines comme l'école, la famille et les médias afin de lutter contre les dépendances (Addiction Suisse, 2013). La mise en œuvre de ces mesures personnalisées est soutenue par RADIX, un centre national de compétences (de droit privé) pour le développement et la mise en œuvre de mesures en santé publique (RADIX, s. d.).

8.4 Approche entre drogue et santé mentale

En Suisse, le traitement des troubles concomitants a été rendu possible lorsque l'approche de la toxicomanie s'est opérée davantage au travers de la médicalisation. Une prise de conscience s'est réalisée sur le lien entre les problèmes de dépendance et de santé mentale. À titre d'exemple, 75% des personnes qui sont dans des programmes de traitement d'héroïne ont des comorbidités psychiatriques (S1, 22.04.2015).

Afin d'aborder cette problématique, la Confédération promeut une approche globale des problèmes, soit au sein de la structure qui prend en charge les personnes avec des problèmes de toxicomanie, soit en établissant une étroite collaboration entre ces structures spécialisées et celle de la psychiatrie (S1, 22.04.2015).

En outre, la Confédération a développé la norme de qualité QuaThéDA - Qualité, Thérapie, Drogue, Alcool – qui contient non seulement des critères imposant la collaboration professionnelle avec la psychiatrie, mais également avec toutes les structures sociales et de la santé, afin de garantir une prise en charge intégrée des personnes dépendantes (S1, 22.04.2015).

8.5 Évaluation de l'impact de la stratégie antidrogue sur la criminalité

Les mesures développées dans le cadre de la politique des quatre piliers ont contribué substantiellement à la réduction de la criminalité en Suisse.

D'une part, il est avéré que la criminalité a diminué grâce au pilier « thérapie » en abaissant le *seuil d'accès au traitement* (S1, 22.04.2015). Il est estimé que « *rien qu'en investissant dans les traitements de substitution (en ambulatoire), le contribuable suisse épargne chaque année 420 millions de francs en frais liés à la criminalité* » (Al Kurdi & Savary, s. d., p. 2).

Une évaluation des programmes de prescription d'héroïne, menée dès 1994, a clairement démontré une réduction de la criminalité (OFSP, s. d.-d) parmi ses patients. À titre d'exemple, en 1999, dans les dossiers de police on observait que le pourcentage des toxicomanes suivant un traitement de prescription d'héroïne engagés dans la délinquance avait diminué de 40% et le nombre de délits de 60% (Aebi, M. F., Ribeaud D., Killias, M., 1999 dans Savary, 2007).

D'autre part, les mesures développées dans le cadre du pilier de « réduction des risques » ont également contribué à diminuer la délinquance, notamment au travers des salles de consommation (Huber J. 2011/2012 dans GREA, s. d.-d).

L'analyse comparée a pour objectif de mettre en perspective les sept stratégies nationales étudiées afin de montrer les différents éléments permettant de souligner la criminalité associée aux drogues : les points communs et les particularités de chacune de ces stratégies seront présentés.

La première partie s'intéressera aux **décisions structurelles** qui sous-tendent chacune des stratégies, autant de choix qui guident les approches en matière de consommation de drogue au sein des États.

La deuxième partie présentera **les aspects de la stratégie touchant les jeunes** et leur efficacité, au travers des indicateurs utilisés dans la présentation de chaque stratégie (voir **Les programmes prometteurs avec les jeunes**, p.21).

Finalement, l'analyse comparée montrera comment les stratégies contribuent à **la réduction de la criminalité en lien avec les drogues** au travers de trois approches :

- La prévention de la consommation de stupéfiants illégaux,
- La prévention de la récidive,
- La réduction des méfaits (prévention des comportements à risque liés à la consommation).

1. Les décisions structurelles qui sous-tendent les stratégies en matière de drogue

L'élaboration d'une stratégie en matière de drogue présuppose des décisions structurelles, lesquelles constituent les lignes directrices de cette politique. Une partie de ces décisions est prise au niveau international. En effet, les États se sont mis d'accord au travers de traités internationaux sur un **cadre commun** afin d'aborder les problématiques de drogue, cadre qui a évolué avec le temps.

La stratégie dépend également de **décisions propres aux pays**, qui se matérialisent au travers des lois et d'approches. En effet, le pays peut choisir d'avoir une *approche* répressive ou de santé publique. Il peut aussi avoir pour *objectif* une société abstinente ou au contraire établir que l'abstinence n'est pas un objectif réaliste et qu'il est nécessaire de se centrer sur la réduction des conséquences négatives de la consommation.

Dans la même lignée, les stratégies établissent leur degré d'intégration : avec d'autres politiques nationales et entre les différentes composantes de la stratégie. Les stratégies peuvent être mises en œuvre au niveau national ou les compétences peuvent être déléguées aux collectivités locales.

Finalement, les pays possèdent des **définitions différentes du terme « drogue »**, choisissant d'inclure uniquement les drogues illicites ou également l'alcool, la dépendance aux jeux et l'abus de médicaments d'ordonnance, entre autres.

Il est donc essentiel, à l'heure de comparer les sept stratégies étudiées, de garder à l'esprit que l'approche en matière de drogue dépend tout d'abord de choix de société.

1.1 Le cadre international : une marge de manœuvre limitée pour les États

Afin de contextualiser les décisions prises par les États en matière de stratégies relatives aux drogues, il est important de se rappeler qu'ils sont limités dans l'élaboration de leur politique nationale par les traités internationaux auxquels ils sont parties.

La consommation de substances psychoactives est un phénomène millénaire. En contrepartie, la prohibition internationale de certaines substances est relativement récente. En effet, la *Convention internationale de l'opium* de 1912 est le premier traité international visant le contrôle des drogues.

L'emploi, la détention et la production de drogue sont limités exclusivement à des fins médicales et scientifiques.

Elle régle l'opium, la morphine, la cocaïne et l'héroïne et a atteint une adhésion pratiquement universelle après 1919 (ONU DC, s. d.). Cette convention venait répondre à une préoccupation humanitaire au sein de certains pays comme la Chine, qui malgré des essais infructueux pour interdire la consommation d'opium⁶⁵, voyait ses marchés inondés par les puissances coloniales, particulièrement le Royaume-Uni (Nations Unies & ONU DC, 2008). Un contrôle sur le cannabis est imposé pour la première

fois en 1925 par la Convention de Genève (Sinha, 2001). Six conventions internationales suivront.

Actuellement au niveau mondial, trois conventions régissent les stupéfiants :

- Convention unique sur les stupéfiants de 1961
- Convention sur les substances psychotropes de 1971
- Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Ces conventions remplacent les traités antérieurs **et limitent exclusivement à des fins médicales et scientifiques** l'emploi, la détention et la production de substances répertoriées. Les trois Conventions disposent d'une adhésion quasi-universelle. Les États membres de ces conventions sont liés juridiquement et leurs lois en matière de drogue ne peuvent pas, en théorie, autoriser un usage récréatif des drogues listées⁶⁶. L'approche est donc prohibitionniste.

⁶⁵ Certaines études vont jusqu'à estimer que 27% des adultes chinois étaient dépendants à l'opium (International Opium Commission, 1909 dans Nations Unies & ONU DC, 2008)

⁶⁶ Tous les États dont nous avons étudiés les stratégies sont membres de ces conventions.

Cependant, l'interprétation du traité nous apprend qu'il existe une certaine flexibilité dans la compréhension de ces obligations. D'une part, les Conventions n'obligent pas à imposer des peines pénales ou administratives pour la **consommation** *per se*. En matière de **possession**, les Conventions contraignent les parties à infliger une peine lorsqu'elle est destinée au trafic. Dans le cas de la possession pour consommation personnelle, la **dépénalisation**⁶⁷ pour de petites quantités est en accord avec les traités. Cependant, le traité semble imposer une obligation d'interdire au moyen, au moins, de mesures administratives la possession de drogue. Cependant, la pratique subséquente des États semble avoir élargi la portée originale de ce qui avait été prévu par les traités (Bewley-Taylor & Jelsma, 2012).

En parallèle, des négociations sont également menées au niveau international. L'Assemblée Générale de Nations Unies a convoqué une session extraordinaire (UNGASS) en 1998 sur la question des drogues. Il était prévu que la suivante UNGASS soit tenue en 2019. Cependant, à la demande des présidents de la Colombie, du Guatemala et du Mexique de tenir une réunion sur la réforme politique en matière de drogue, celle-ci a été avancée à 2016 (IDCP, 2014), montrant par là même l'urgence ressentie par les États de discuter de cette problématique.

Le Directeur exécutif de l'ONUDC, Yuri Fedotov, a encouragé les États membres à utiliser l'opportunité de cette assemblée afin de discuter des manières de rééquilibrer les politiques internationales de contrôle de la drogue afin de les centrer sur la santé et le respect des droits de l'homme et d'aborder le stigma et la discrimination qui limitent l'accès aux services pour les consommateurs de drogues (UNODC, 2013 dans UNDP, 2015).

Le PNUD (2015), pour sa part, recommande d'adopter un système de mesures différent afin d'évaluer les effets d'une stratégie antidrogue. En d'autres termes, le Programme recommande de remplacer les mesures des « arrestations et des saisies » qui créent des incitations perverses à avoir recours à la mise en œuvre de la loi qui peut se traduire en violence et abus pour atteindre ces objectifs, en faveur d'autres indicateurs tels que :

- des objectifs qui abordent les causes fondamentales de l'offre et de la demande,
- des objectifs d'assurer « la santé et le bien-être des êtres humains » (par exemple au travers de l'accès aux traitements, la réduction des punitions disproportionnées), et
- des indicateurs concernant les communautés affectées (niveau de développement socio-économiques, inégalités, etc.) avec leur participation.

⁶⁷ « La consommation de drogue et/ou la possession, la production et la culture de drogue ne font plus l'objet de sanctions pénales, mais les infractions pour trafic de drogue restent une infraction pénale. En vertu de ce régime juridique, les sanctions peuvent être administratives ou complètement abolies. » (IDPC, 2012b, p. 25).

En effet, l'UNODC (2014) souligne que l'infraction n'implique pas nécessairement une punition mais peut amener à des alternatives plus efficaces comme la protection sociale, le traitement de la dépendance et la réintégration au sein de la société.

Par conséquent, **les politiques nationales des pays qui ont été étudiées doivent être comprises dans ce contexte, où il a été décidé au niveau international que l'approche en matière de drogue devait proscrire la consommation de drogue à des fins récréatives.** Cette interprétation a amené bon nombre de pays à opter pour des approches répressives. Cependant, à l'heure actuelle, de nombreux débats entre les États et les organisations internationales ont lieu remettant en cause l'efficacité de ces approches et mettant en exergue leurs retombées négatives pour les sociétés et les individus.

1.2 Répression et Santé publique : Les différentes approches

Les stratégies étudiées sont également influencées par les **décisions structurelles** prises au niveau national, qui se manifestent notamment au travers des lois en vigueur sur le territoire des pays.

Les **lois** en matière de consommation et de possession de drogues sur les territoires des États étudiés suivent l'approche prohibitionniste et sont répressives à différents degrés. Les États-Unis, au niveau fédéral, ont une approche relativement stricte qui prévoit des peines de prison même pour une première infraction en matière de possession (Yeh, 2015). En effet, dans les prisons américaines, plus de la moitié des détenus ont été condamnés pour des infractions liées à la drogue (US Department of Justice, 2011 dans (IDPC, 2012b)). Les législations canadienne et britannique stipulent également que la possession de drogues est une infraction pénale (**voir Figure 12. Décisions structurelles des différentes stratégies**) (pour toutes les drogues).

Cependant, même dans ces pays où les réglementations sont répressives, il existe une marge de tolérance. En effet, aux États-Unis, plusieurs États ont légalisé la consommation et la possession d'une quantité limitée de cannabis pour les plus de 21 ans⁶⁸ et un nombre important l'a dépénalisée (Drug Policy Alliance, s. d.). Au Canada, seul 1 à 2% des personnes qui consomment des substances illicites font l'objet d'interpellations policières (Fischer et al., 2011). Finalement, au Royaume-Uni, une large marge de manœuvre est laissée aux autorités de mise en œuvre de la loi; en d'autres termes la police peut choisir de ne pas arrêter un individu pour possession de drogues si elle juge qu'il s'agit de la mesure la plus pertinente afin de promouvoir le bien-être de la société (voir La stratégie antidrogue du Royaume-Uni p. 78). Cette dernière approche correspond à la **réduction des peines pénales**⁶⁹ (IDPC, 2012b).

La Suisse est dans une situation intermédiaire dans la mesure où la consommation et la possession de cannabis sont uniquement passibles d'une amende (Institut de Santé Globale de l'université de Genève, s. d.), bien que la possession d'autres drogues reste punissable pénalement (L'Assemblée fédérale de la confédération Suisse, 1951).

⁶⁸ Voir par exemple Article 18, section 16 de la Constitution de l'État du Colorado

⁶⁹ « Réduction de la sévérité des peines à l'encontre des infractions liées à la drogue. Les peines restent dans le cadre du droit pénal. » (IDPC, 2012b, p. 24)

Finalement, le Portugal et les Pays-Bas ont des approches moins pénalisantes. Aux Pays-Bas, il existe une marge de tolérance pour la possession de faibles quantités de drogues dures et de drogues douces, où l'individu ne sera généralement pas poursuivi bien que la drogue sera saisie et détruite (OEDT, s. d.). Cette même marge de manœuvre s'applique aux *Coffee Shops* qui représentent techniquement une infraction, mais ne sont en réalité poursuivis que s'ils ne respectent pas des critères préétablis (OEDT, s. d.). Cette marge de tolérance s'appelle la **dépénalisation de facto**⁷⁰, qui est un ordre du gouvernement de ne plus appliquer la loi pénale, qui reste en vigueur.

L'approche de santé publique peut être mise en œuvre à différents degrés.

La législation du Portugal est la première à **dépénaliser**⁷¹ l'utilisation et la possession des drogues⁷² (Russoniello, 2012). La possession de drogue est toujours illégale, mais les sanctions encourues sont administratives et non pénales. L'Organe International de Contrôle des Stupéfiants avait d'abord rejeté cette initiative en 1999 pour non-conformité avec les traités internationaux. En 2004, il a ensuite reconnu qu'exempter de poursuites judiciaires pour la possession de faibles quantités était conséquent avec les traités, puisque l'acquisition, la possession et l'abus de drogue restaient illicites (International Narcotic Control Board, 2004 dans Russoniello, 2012).

Ces législations ont une influence sur la manière d'aborder les problèmes associés à l'abus de drogue. Traditionnellement, le problème de la toxicomanie peut être perçu comme un problème de délinquance ou de santé publique⁷³, ce qui implique de choisir entre punir un individu ou le soigner.

Une conclusion de ce rapport est que **l'approche de santé publique peut être mise en œuvre à différents degrés**. En effet, malgré le fait que, comme vu précédemment, certains pays ont une approche particulièrement répressive par rapport aux drogues, toutes les stratégies intègrent des éléments de santé publique. À titre d'exemple, l'ensemble d'entre elles prévoit la possibilité de proposer - dans des cas d'infractions non violentes en relation avec les drogues - d'avoir recours aux traitements en lieu et place d'une peine de prison. De même, toutes les lois observées font montre d'un degré de répression puisque même aux Pays-Bas où la possession de petites

⁷⁰ « La consommation de drogues ou leur possession pour usage personnel restent illégales en vertu de la loi mais, en pratique, la personne qui consomme ou possède cette drogue ne sera ni arrêtée ni poursuivie en justice. » (IDPC, 2012b, p. 24)

⁷¹ « La consommation de drogue et/ou la possession, la production et la culture de drogue ne font plus l'objet de sanctions pénales, mais les infractions pour trafic de drogue restent une infraction pénale. En vertu de ce régime juridique, les sanctions peuvent être administratives ou complètement abolies. » (IDPC, 2012b, p. 25)

⁷² Lorsque la quantité correspond à 10 jours ou moins de consommation (Russoniello, 2012)

⁷³ Comme vu précédemment dans ce rapport, l'approche de santé publique soutient que la dépendance à la drogue est un trouble de la santé qui naît de l'exposition aux drogues d'une personne possédant des vulnérabilités psychobiologiques préexistantes la punition n'étant de fait pas une réponse appropriée (Chandler et al., 2009, Dackis and O'Brien, 2005, McLellan et al., 2000 dans UNODC, 2010).

quantités est dépénalisée *de facto*, des quantités supérieures peuvent impliquer des peines de prison et que le Portugal prévoit des peines administratives.

La Suisse a une approche particulièrement centrée sur la **santé publique**. À ce titre, des mesures ont été entreprises, afin de rendre le traitement accessible à tous, de telle sorte que la plupart des personnes toxicomanes sont intégrées dans le réseau de santé. Dans la même optique, la prescription d'héroïne pharmaceutique permet de venir en aide aux personnes gravement dépendantes à l'héroïne pour lesquelles les autres thérapies sont restées sans effet (OFSP, s. d.-d). Ces deux mesures permettent d'améliorer la santé des patients, de les réinsérer socialement et d'abaisser la criminalité en lien avec les drogues.

Au Portugal, la décision de dépénaliser est née d'une prise de conscience que les ressources en matière de drogue étaient centrées sur la répression et que l'accès au traitement était limité par le stigma qui y était associé ainsi que la peur de la poursuite judiciaire (Russoniello, 2012). Cette mesure a donc permis une approche centrée sur la santé publique, ne considérant plus une personne consommant des drogues comme un délinquant, mais comme une personne nécessitant des soins. Cette vision est soutenue par l'UNODC qui reconnaît que l'interdiction des drogues a des conséquences dommageables notamment « *que l'accent mis sur la répression a peut-être eu pour conséquence le détournement des ressources initialement consacrées aux mesures de santé vers ce qui, en définitive, est un problème de santé publique* » (ONU DC, 2008 dans CIPC, 2010, p. 76).

Une deuxième conclusion est que **l'approche de santé publique est plus ou moins facile à mettre en œuvre selon les lois**. Les approches fortement répressives peuvent rendre plus difficile l'accès aux traitements pour les individus. Il est possible d'observer que le fait de ne pas pénaliser n'est pas non plus garant d'une approche de santé publique. La dépénalisation doit s'accompagner de mesures spécifiques en faveur de la promotion de la santé. Aux Pays-Bas, la possession d'une faible quantité de drogue ne donne pas lieu à une arrestation mais la drogue est saisie et l'individu redirigé vers une agence de soins. Le Portugal, qui prévoit que la consommation de drogue est une infraction administrative, a mis en place un panel pour juger de la meilleure manière de soutenir un individu afin qu'il s'éloigne de la dépendance à la drogue. Par conséquent cette approche bien que davantage pénalisante que celle des Pays-Bas (appliquer une peine administrative versus ne pas appliquer de peine) est également davantage axée sur l'amélioration de la santé des individus, grâce à un système permettant d'évaluer le cas spécifique d'un individu et de le diriger vers les soins les plus appropriés.

Finalement, il apparaît que **l'objectif des stratégies est différent**. D'une part, les stratégies du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis visent des sociétés **abstinentes**. À l'inverse, l'Australie, le Portugal, les Pays-Bas et la Suisse cherchent davantage à **diminuer les dommages** associés aux drogues. À titre d'exemple, la stratégie suisse soutient que « *les effets les plus importants sont la diminution des décès dus à la consommation de drogue, la réduction de la criminalité,*

l'amélioration de la santé des toxicodépendants et la disparition des scènes ouvertes » (OFSP, s. d.-c). L'abstinence au sein de la société n'est donc pas un objectif en soi.

Pays	Objectif ⁷⁴ de la stratégie (pour les consommateurs)	Législation (pour la consommation personnelle)
Australie <i>Un cadre d'action contre l'alcool, le tabac et d'autres drogues</i>	Atténuation des méfaits	Infraction pénale (dépénalisation du cannabis dans certains États)
Canada <i>Stratégie nationale antidrogue</i>	Abstinence ⁷⁵	Infraction pénale
États-Unis <i>La stratégie nationale de lutte antidrogue</i>	Abstinence	Infraction pénale (Légalisation et dépénalisation possession cannabis dans certains États)
Pays-Bas Pas de politique. Différents cadres juridiques.	Diminution de la consommation de drogue et des conséquences négatives pour l'individu et la société	La consommation n'est généralement pas pénalisée mais elle est interdite dans certains lieux comme les écoles et les transports publics. Possession : Infraction pénale - Petites quantités : Dépénalisation <i>de facto</i> de la possession⁷⁶ mais la drogue sera confisquée et une agence de soin consultée. - Quantité supérieure : peut impliquer des peines de prison. Les <i>Coffee Shops</i> représentent techniquement une infraction mais ne sont en réalité poursuivis que s'ils ne respectent pas 5 critères préétablis (OEDT, s. d.).
Portugal <i>Le Plan national de la réduction des comportements addictifs et de dépendances</i>	Réduire l'utilisation de drogues parmi la population et ses conséquences négatives sur le plan social et de la santé (Douglas et al., 2012)	Dépénalisation de l'utilisation et de la possession de drogues ⁷⁷
Royaume-Uni <i>Stratégie en matière de drogue 2010: Réduire la demande, restreindre l'approvisionnement et consolider le rétablissement : Soutenir les gens dans une vie sans drogue⁷⁸</i>	Abstinence	Infraction pénale ⁷⁹
Suisse <i>La stratégie des quatre piliers</i>	Diminution de la consommation de drogue et des conséquences négatives pour l'individu et la société	La consommation et la possession personnelle de cannabis est passible d'une amende. Possession autres drogues : infraction pénale

Figure 12. Décisions structurelles des différentes stratégies

⁷⁴ Les objectifs sont des interprétations de la stratégie.

⁷⁵ Le Gouvernement du Canada cherche à éliminer l'utilisation des drogues illicites et l'abus des médicaments d'ordonnance (C4, 07.04.2015).

⁷⁶ Moins de 0.5 gr de drogues dures et moins de 5 gr de drogues douces

⁷⁷ Lorsque la quantité correspond à 10 jours de consommation.

⁷⁸ Traduction libre "DRUG STRATEGY 2010 - Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery : Supporting People to Live a Drug Free Life"

⁷⁹ La consommation n'est pas une infraction (sauf pour l'opium), c'est la possession qui est une infraction.

1.3 Des stratégies intégrées

Une approche intégrée permet d'assurer une cohérence et d'amener une synergie au sein de la stratégie ainsi qu'avec des éléments de politique nationale qui lui sont extérieurs. L'intégration des différentes approches permet en outre d'éviter que la recherche d'un résultat soit rendu impossible par la recherche d'un résultat contradictoire au sein de la stratégie ou d'une autre politique nationale.

L'intégration se réalise d'une part entre la stratégie et les politiques externes et entre les différents éléments de la stratégie. Il s'agit de l'**intégration horizontale**. D'autre part les initiatives peuvent être centralisées ou décentralisées. Il s'agit de l'**intégration verticale**.

a) L'intégration horizontale

L'ensemble des stratégies étudiées collaborent **avec des politiques externes** à la stratégie, le Canada et les États-Unis mettant particulièrement l'accent sur cet aspect. La SNA du Canada collabore étroitement avec la *Stratégie nationale pour la prévention du crime* et la *Stratégie de lutte contre les gangs de jeunes*, reconnaissant que la consommation de drogues illicites est un facteur de risque en matière de criminalité. De même, le Gouvernement des États-Unis souligne qu'il considère que la prévention de problématiques particulières – la consommation de drogue, la violence, la criminalité, l'appartenance à un gang – sont inter-reliées et doivent être traités simultanément par des programmes multisectoriels et inter-agences.

A contrario il existe parfois des tensions entre la stratégie relative aux drogues et d'autres politiques nationales. À titre d'exemple, en Suisse, un problème identifié au travers des entretiens est le fait que les migrants font partie des groupes à risque que la stratégie se doit de prendre spécialement en considération. Cependant, cet abord est rendu difficile par une approche restrictive de la migration, les personnes étrangères étant par exemple parfois limitées dans leur accès aux prestations de réduction des risques.

En deuxième lieu, les approches peuvent être intégrées **entre les différentes composantes** de la stratégie. La Suisse met un accent particulier sur la collaboration entre les quatre piliers, favorisant par exemple une coordination entre les aspects répressifs et de réduction des risques afin d'éviter des activités contradictoires⁸⁰. Le Royaume-Uni souligne également l'importance de la collaboration multisectorielle afin d'aborder les problèmes de dépendance. Cette collaboration s'est reflétée au travers des entretiens, les responsables interrogés ayant présenté une vision globale de la stratégie. Au Portugal, la vision intégrée de la stratégie est assurée notamment par

⁸⁰ Comme de faire confisquer des seringues (réduction des risques) par la police (répression) (exemple susmentionné).

le fait que les personnes ayant rédigé la stratégie sont actuellement aux postes clés dans sa mise en œuvre.

Au Canada il est apparu, au travers des entretiens, que la stratégie est plutôt compartimentée, les responsables de chaque sous-composante étant spécialisés dans leur domaine et ne connaissant pas nécessairement la stratégie dans son ensemble. Aussi, bien que le FICSA et la SNPC effectuent des activités similaires en matière de prévention, les manières de sélectionner les programmes à mettre en œuvre ainsi que leurs évaluations sont différentes.

Finalement, en Australie et aux Pays-Bas les stratégies sont peu définies au niveau national, ne permettant pas une intégration des différentes composantes. En effet, aux Pays-Bas, il n'existe pas de stratégie formelle, s'agissant davantage d'une philosophie. L'approche repose sur différents cadres légaux, ce qui empêche une unicité et peut affecter la coordination.

b) L'intégration verticale

Les stratégies peuvent être **centralisées** ou **décentralisées**, laissant plus de marge aux pouvoirs locaux (gouvernements provinciaux, municipalités, etc.).

Le Portugal et les États-Unis ont des approches globalement **centralisées**. Au Portugal la planification et la mise en œuvre de la stratégie émanent du Gouvernement national. Aux États-Unis l'approche de prévention est nationale, ce qui a pour conséquence que les mêmes programmes se retrouvent au sein de chaque État.

Le Canada est centralisé sur certains aspects et décentralisé sur d'autres. Le gouvernement fédéral joue un rôle important en matière de prévention : il alloue les fonds, sélectionne les projets et encadre la mise en œuvre. Par contre, en matière de traitement, les provinces ont davantage d'autonomie.

Le Royaume-Uni (et particulièrement l'Angleterre), les Pays-Bas, l'Australie et la Suisse ont des approches davantage **décentralisées**.

En Angleterre⁸¹ et aux Pays-Bas, il existe une grande délégation des compétences au niveau des villes. Aux Pays-Bas les municipalités sont notamment responsables des dossiers de prévention. En Suisse également, la Confédération agit à titre subsidiaire, laissant les cantons comme acteurs principaux, notamment en matière de politique antidrogue. Cependant, la stratégie prévoit quatre tâches transversales permettant une harmonisation des approches : la coordination, l'innovation, la qualité/formation continue et l'établissement de bases scientifiques (OFSP, 2012).

⁸¹ Le reste des nations du Royaume-Uni n'a pas adopté cette approche locale et le gouvernement central maintient un rôle directeur en la matière (RU3, 27.04.2015).

L'Australie, d'après les informations recueillies, possède une stratégie nationale vague et laisse les États et les territoires concevoir des stratégies plus locales. Les entretiens ont permis d'observer que la vision nationale de la stratégie antidrogue australienne est peu développée. En contrepartie, au niveau des gouvernements locaux il semble exister une vision plus globale de la stratégie (au sein de l'État).

L'approche *décentralisée* peut permettre une meilleure connaissance du contexte local et donc des interventions plus ciblées. Cependant, elle peut également induire une disparité dans les interventions à travers le territoire et un manque de coordination. La stratégie de l'Australie par exemple est parfois considérée comme étant trop « vague », non-contraignante avec un manque de mécanisme de responsabilisation de ses acteurs (McDonald, David, 2011). Il est à souligner que le fait qu'un pays soit fédéral ou non ne détermine pas nécessairement si la politique en matière de drogue est décentralisée ou non.

1.4 Les substances considérées comme des drogues

Tous les pays considèrent au sein de leurs stratégies les substances psychotropes placées sous contrôle international, selon les trois conventions susmentionnées (voir *Les décisions structurelles qui sous-tendent les stratégies en matière de drogue*) (OICS, 2014). Certains choisissent de considérer seulement les drogues illicites, alors que d'autres incluent des drogues licites, telles l'alcool et le tabac

Plusieurs études (Golub & Johnson, 2001 ; Wagner & Anthony, 2002 ; Pudney, 2002 ; Kirby & Barry, 2012) suggèrent que plus tôt une personne utilise des substances psychoactives, plus elle est susceptible de développer des troubles de toxicomanie plus tard dans la vie. De plus, selon l'information recueillie dans les entretiens, il est difficile de traiter la toxicomanie sans inclure l'alcool, en raison du polyusage fréquent chez les jeunes et des facteurs de risque communs autant à la consommation de drogue que de l'alcool. **Pour toutes ces raisons, ainsi que considérant le lien intime entre dépendance aux drogues et dépendances à d'autres substances, il n'est pas surprenant de constater que certaines stratégies nationales vont inclure d'autres substances autres que les drogues illicites dans leur approche.** C'est le cas de l'Australie, des États-Unis, du Portugal et Royaume-Uni.

PAYS	DROGUE	ALCOOL	TABAC	MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE	NSP	AUTRES
Australie						
Canada						
États-Unis						
Pays-Bas	Drogue dur vs drogue douce					
Portugal						Dopage Jeu compulsif
Royaume-Uni						
Suisse						

Figure 13. Portée des stratégies nationales en matière de drogues

Dans le cas du Portugal, en plus de l'alcool et des autres drogues, la stratégie actuelle (2013-2020) se démarque de la précédente (2005-2012) par l'inclusion d'autres comportements associés aux dépendances, soient **le dopage et le jeu compulsif**. **L'abus de consommation de médicaments d'ordonnance** est un défi pris en compte par certaines stratégies nationales, notamment celle des États-Unis et tout récemment celle du Canada, puisqu'il s'agit d'un enjeu d'importance auprès des jeunes (ONDCP, 2014 ; Ministère de la Justice - Gouvernement du Canada, 2015).

Les **nouvelles substances psychoactives (NSP)**, c'est-à-dire les nouvelles substances non contrôlées par les conventions internationales, est une autre question que les stratégies relatives aux drogues doivent considérer (Evans-Brown et al., 2015). En effet, à la découverte d'une «nouvelle drogue», la mise à jour de la loi est un processus juridique relativement long, ce qui oblige parfois les États à prendre des mesures alternatives pour assurer l'application efficace de la loi. Afin d'accélérer les processus juridiques, certains pays, par exemple le Royaume-Uni, ont mis en place des systèmes de contrôle temporaires, en attendant de déterminer si un contrôle permanent est nécessaire (EMCDDA, 2015). Les ordonnances temporaires de classification de drogue (2011) permettent au gouvernement britannique de contrôler une NSP pendant une durée d'un an, lorsqu'une substance est utilisée à mauvais escient ou susceptible de l'être et dans le cas où il pourrait y avoir des effets nocifs (Drugnet Europe, 2011). Les États-Unis, pour leur part, ont adopté une approche analogue pour gérer les NSP sous la législation actuelle, par modification ou extension des lois. Les similitudes de l'activité pharmacologique ou de la structure chimique

des NSP permettent ainsi de les réguler au même titre que les drogues contrôlées (ONDCP, 2014 ; EMCDDA, 2015 ; HM Government, 2010). Selon l'information récoltée, les autres stratégies ne considèrent pas les NSP.

2. Les aspects de la stratégie touchant les jeunes

Cette section présente une analyse comparée de sept stratégies et plus particulièrement sur la manière dont les jeunes y sont considérés. Toutes les stratégies analysées reconnaissent l'importance d'inclure les jeunes dans leur stratégie et de développer des initiatives qui répondent à leurs besoins particuliers. Certaines stratégies sont davantage centrées sur les jeunes que d'autres. C'est notamment le cas des **stratégies canadienne et américaine** qui placent les jeunes au cœur de chacune des composantes, puisque toutes deux se basent sur le constat qu'une prévention anticipée peut détourner d'une trajectoire délinquante à temps.

En Australie, aux Pays-Bas, au Portugal et en Suisse, les stratégies reconnaissent certes la nécessité d'inclure les jeunes dans les programmes de prévention, mais de façon moins directe. **L'approche australienne**, par exemple, s'adresse particulièrement aux personnes vulnérables qui peuvent se montrer plus exposées aux drogues lorsqu'elles traversent des étapes de transition dans leur vie, par exemple à l'adolescence. Les jeunes, en tant que groupe à risque, sont donc ciblés. L'approche de cycle de vie de l'individu du **Portugal** va sensiblement dans le même sens. L'enfance et l'adolescence étant des périodes charnières pour le début de la consommation de drogues, on leur accorde ainsi un grand intérêt. La Suisse, pour sa part, reconnaît l'importance de renforcer les facteurs de protection chez les jeunes.

Précédemment, une série d'indicateurs permettant de juger de l'efficacité d'un programme de prévention pour les jeunes a été présentée. Nous rappellerons ici qu'un programme efficace doit comporter [traduction libre (Shaw, 2007, p. 8)]:

- a. Des approches inclusives qui réduisent la marginalisation des jeunes,
- b. Des approches participatives,
- c. Des stratégies multisectorielles intégrées,
- d. Des stratégies équilibrées qui incluent des interventions précoces, sociales et de programmes éducatifs, des approches réparatrices et de contrôle de la criminalité,
- e. Des stratégies et des programmes adaptés aux besoins spécifiques des groupes à risque,
- f. Des approches qui respectent les droits des enfants et des jeunes⁸².

⁸²Ce point ne fait pas l'objet d'une partie spécifique, puisque les stratégies étudiées n'ont pas de problèmes notoires en matière. Rappelons que selon ce principe, les traitements ne peuvent être basés sur la contrainte.

Il a également été souligné l'importance de renforcer les facteurs protecteurs au travers des programmes de prévention, notamment par le biais de mesures de substitution à l'incarcération (Shaw & Travers, 2007).

Nous étudierons ci-dessous la manière dont les différentes stratégies répondent à ces critères.

2.1 Les approches d'inclusion sociale et de réduction de la marginalisation

Le fait que les problèmes de toxicomanie soient fortement concentrés parmi les groupes les plus marginalisés de la société est une tendance qui semble se refléter dans toutes les sociétés à travers le monde. En effet, la marginalisation est associée à de nombreux facteurs de risques⁸³ (IDPC, 2012a).

À ce titre, l'organisation *International Drug Policy Consortium* souligne que les niveaux de pauvreté et d'inégalités dans une société ont plus d'impact à long terme sur la consommation de drogue dans toutes les sociétés que les politiques spécifiques en matière de drogue (IDPC, 2012a). Cette composante revêt donc une importance cruciale afin de prévenir la consommation de stupéfiants.

Toutes les stratégies étudiées visent à réduire la marginalisation ou l'exclusion sociale.

Toutes les stratégies étudiées visent à réduire la marginalisation ou l'exclusion sociale, que ce soit d'une manière **explicite** ou **implicite**. Il est à souligner les jeunes sont inclus dans cette approche, mais qu'elle considère l'ensemble de la population et n'est donc pas nécessairement centrée sur eux.

Les stratégies qui les mentionnent **explicitement** sont celles de l'Australie, du Portugal et de la Suisse. L'Australie a une vision large et transversale de l'importance de la marginalisation puisqu'elle reconnaît que l'intégration sociale fait partie des éléments qui permettent de réduire la demande de drogue. Pour le Portugal également, la promotion de l'intégration sociale est un élément transversal de sa stratégie de prévention⁸⁴. Le plan d'action suisse mentionne textuellement l'importance de l'intégration sociale dans ses composantes « traitement » et « réduction des risques ».

La plupart des autres stratégies étudiées ne mentionnent pas directement la réduction de la marginalisation comme objectif. Cependant, toutes les stratégies prévoient des activités qui correspondent, **implicitement**, à la définition de ce concept, notamment le soutien à la recherche d'emploi, l'aide au logement, la réduction de la pauvreté et le renforcement des familles.

⁸³ Voir a) Les facteurs de risques et de protection chez les jeunes

⁸⁴ La stratégie du Portugal est basée sur un principe d'humanisme qui reconnaît l'importance de l'inclusion sociale.

L'étude des stratégies permet en outre d'observer que la réduction de la marginalisation – qu'elle soit mentionnée explicitement ou non - est mise en œuvre à trois différents stades : avant qu'un individu ne développe une dépendance, pendant qu'une personne est en proie à la toxicomanie et après la réalisation d'un traitement. Les divers pays étudiés mettent l'accent sur différents aspects de la réduction de la marginalisation.

La réduction de la marginalisation **avant qu'une personne ne développe une dépendance** se réalise dans la plupart des stratégies étudiées au travers de la création de communautés plus inclusives, reconnaissant l'influence de l'environnement sur le développement d'une dépendance de l'individu. La stratégie du Portugal met particulièrement l'accent sur cette approche, puisqu'il possède un vaste programme qui permet d'identifier les zones sur le territoire portugais où les jeunes sont plus vulnérables à adopter des comportements de dépendance et cherche à favoriser l'intégration de ces jeunes.

Dans la même optique, le Canada et les États-Unis, bien qu'ils ne mentionnent pas spécifiquement la réduction de la marginalisation comme objectif dans leur stratégie, touchent à cette approche au travers de leurs programmes de prévention, notamment en renforçant l'attachement à l'école, au quartier et des relations avec les pairs pro-sociaux.

La stratégie du Royaume-Uni met, comparativement, particulièrement l'accent sur les familles en difficulté au travers d'un soutien social pour réduire la marginalisation et prévenir la consommation de drogue des parents. Elle accorde une attention spéciale aux enfants en bas âge afin d'éviter qu'ils ne développent une dépendance par la suite. Les stratégies des États-Unis et des Pays-Bas mentionnent également qu'il est important de soutenir les enfants dont les parents rencontrent des problèmes de toxicomanie afin d'éviter que la situation de marginalisation ne se lègue d'une génération à l'autre.

La réduction de la marginalisation peut également s'effectuer **alors qu'un individu expérimente une dépendance**, particulièrement au travers du soutien à l'emploi, de la réintégration dans le système de santé et de l'aide au logement. D'après les informations recueillies, les stratégies qui s'intéressent particulièrement à cet aspect sont celles de la Suisse et des Pays-Bas.

En effet, dans la politique suisse, les personnes souffrant de toxicomanie sont soutenues afin de trouver un emploi - rappelons que cette approche est flexible, allant de la réinsertion professionnelle aux emplois journaliers en fonction des ressources des individus et de leur degré de dépendance – et afin de se réintégrer dans le système de santé. L'approche des Pays-Bas quant à elle permet d'offrir un logement aux personnes sans domicile fixe afin, entre autres, de réduire la toxicomanie.

Finalement, la réduction de la marginalisation **après la réalisation d'un traitement** permet de consolider l'abstinence en donnant l'opportunité aux individus de se réintégrer pleinement à la société.

Toutes les stratégies abordent spécifiquement la réintégration, à des degrés différents. Cet aspect constitue un axe fondamental de la stratégie du Royaume-Uni puisqu'elle lui dédie une composante, celle du « rétablissement au sein de la communauté » qui reconnaît que la réintégration passe par trois éléments : un logement, une activité durable et stable et la capacité à développer des relations positives (HM Government, 2010). Ces composantes sont considérées comme clés afin qu'un individu puisse maintenir une abstinence pérenne. Les stratégies de l'Australie, des États-Unis, du Portugal et de la Suisse réservent également une place importante à la réinsertion. En outre, il est fréquent que les personnes souffrant de toxicomanie soient perçues négativement par la société. De ce fait, le Portugal, l'Australie et les États-Unis ont mis une emphase particulière sur la réduction de ce rejet afin de faciliter la réinsertion. D'après les informations recueillies, le Canada met comparativement moins d'emphase sur la réintégration des individus après un traitement que les autres pays étudiés⁸⁵. En effet, les informations recueillies au travers des entretiens et de l'étude de la stratégie fédérale n'ont pas permis d'identifier des initiatives de réintégration.

Finalement certaines politiques peuvent avoir l'effet de renforcer l'exclusion sociale (IDPC, 2012b). À ce titre, comme vu dans la section *Répression et Santé publique : Les différentes approches*, le Portugal a décidé de dépénaliser la possession pour consommation personnelle afin justement de ne pas stigmatiser les consommateurs et de ne pas leur imposer un casier judiciaire rendant leur réinsertion, notamment sur le marché du travail, plus difficile par la suite.

2.2 La participation des jeunes au sein des programmes de prévention

L'UNODC affirme que l'objectif général de prévention de la toxicomanie est beaucoup plus large qu'éviter ou retarder le début de la consommation de drogues chez les jeunes ou éviter qu'ils ne développent une dépendance. En effet, « **on vise le développement sain et sécuritaire des enfants et des jeunes afin qu'ils réalisent leur plein potentiel pour devenir des membres à part entière de leur communauté et de la société** » (ONUDC, 2013b, p. 4). Afin d'atteindre cet objectif, il est non seulement important de développer des stratégies pour les jeunes, il faut aussi les impliquer via une approche participative, que ce soit dans la collecte de données et d'information, dans l'analyse de problèmes, dans la recherche de solutions et/ou dans la mise en œuvre des programmes. Les jeunes ne sont donc pas seulement un groupe bénéficiaire des stratégies relatives aux drogues, on vise aussi leur contribution à leur élaboration et leur amélioration continue.

Ainsi, d'un côté, la participation des jeunes dans la stratégie et les programmes de prévention engendre des résultats positifs, tels une diminution du taux de toxicomanie, une diminution du taux de criminalité, une augmentation du rendement scolaire et une connexion plus significative des jeunes avec la communauté (Council on Drug Abuse, s.d.). De l'autre, la participation des

⁸⁵ Du moins au niveau fédéral.

jeunes permet de développer des stratégies plus adaptées à leurs besoins spécifiques et de nourrir les politiques grâce à leur contribution.

En termes de participation aux programmes, pensons notamment aux coalitions communautaires aux États-Unis, ainsi qu'aux programmes de leadership⁸⁶ qui permettent de les mobiliser et consulter afin d'améliorer la stratégie. Certains projets néerlandais font aussi appel à la participation des jeunes dans leur formulation, par exemple les projets de prévention de la consommation dans la vie nocturne. Les jeunes sont impliqués dans la collecte d'information, l'analyse de problème et la recherche de solutions, notamment sous forme de groupes de discussion.

Au Royaume-Uni, la participation des jeunes est régulièrement mise à profit pour améliorer la campagne «Talk To FRANK». Constat similaire en Australie, où les jeunes ont été sollicités dans le développement de la Campagne nationale relative aux drogues. Le Canada, quant à lui, a adopté une approche participative à tous les stades de la mise en œuvre des programmes de prévention. En Suisse, bien qu'il soit reconnu au niveau fédéral qu'un bon programme de prévention doit être participatif, il n'est pas possible de garantir que tous les programmes le soient en raison de l'autonomie des cantons.

2.3 Des approches multisectorielles intégrées⁸⁷

Une approche multisectorielle intégrée facilite la recherche d'un même résultat permet d'aborder une problématique sous différents angles et de donner une réponse plus intégrale.

Une approche de la prévention de la consommation (primaire et secondaire) est multisectorielle intégrée lorsque les programmes sont menés en étroite collaboration et de façon intégrée avec les parents, la police et la communauté (voir par exemple Shaw & Travers, 2007). En effet, comme souligné dans la première partie de ce rapport, les stratégies de prévention les plus efficaces sont celles qui visent plus d'un facteur de risque, intègrent toute la communauté et sont coordonnées au travers de l'enfance et l'adolescence.

Comme mentionnée précédemment, (voir Des stratégies intégrées), l'étude des sept stratégies a permis de mettre en exergue le fait que les programmes de prévention de la consommation peuvent être mis en œuvre d'une manière *centralisée* ou *décentralisée*. Lorsque la mise en œuvre est décentralisée, elle repose sur les collectivités locales et nous ne pouvons donc pas établir au niveau national si les approches sont multisectorielles intégrées ou non.

⁸⁶ National Youth Leadership Institute

⁸⁷ L'approche multisectorielle intégrée dépasse le cadre de cette section. En effet, cette question se centre particulièrement sur les programmes de prévention primaire et secondaire centrés sur les jeunes. La partie 1.3 Des stratégies intégrées traite de l'intégration de la stratégie au sens plus large.

Rappelons que les pays possédant des approches globalement **centralisées** sont le Portugal, les États-Unis et le Canada. Cette approche centralisée permet d'évaluer si les stratégies mettent en œuvre une approche multisectorielle intégrée au niveau national.

Au Portugal et aux États-Unis, les stratégies prévoient cette **approche multisectorielle intégrée**. Le Portugal aborde la prévention de cette manière en finançant des *programmes de réponses intégrées* qui doivent orienter leurs interventions sur des problématiques multidimensionnelles, dont l'abus des substances illicites. Il en est de même aux États-Unis où, selon les informations récoltées au travers des entretiens, les approches doivent être multisectorielles intégrées, en abordant plusieurs problématiques simultanément, à l'aide d'une myriade de partenaires.⁸⁸

Le Canada met également l'accent sur une approche multisectorielle intégrée au travers notamment de ses *normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes* permettent de mettre en œuvre des programmes en respectant ce critère. De surcroît, le gouvernement a établi une collaboration entre le FICSA (stratégie nationale antidrogue) et la SNPC (Stratégie nationale pour la prévention du crime) reconnaissant que les problématiques s'entrecoupent. Cependant, les deux fonds ne partagent pas les mêmes critères de choix des programmes, ni les mêmes type d'évaluation, ce qui peut diminuer la vision intégrale de la prévention.

Les pays ayant une approche **décentralisée** sont particulièrement l'Angleterre, les Pays-Bas, l'Australie et la Suisse. Cette décentralisation a pour conséquence qu'**il n'existe pas de vision multisectorielle intégrée au niveau national ou fédéral mais il n'est pas exclu que cette vision existe au niveau local**. Cependant, selon les informations récoltées, aucune de ces stratégies ne semblent mettre un accent particulier sur cet aspect. Cette affirmation est particulièrement vraie pour les Pays-Bas qui ne possèdent pas de stratégie nationale.

2.4 La répartition des ressources : des stratégies équilibrées

Au moment d'élaborer leur stratégie relative aux drogues, l'ECOSOC recommande aux pays de qu'elle soit équilibrée, afin de s'assurer qu'elle sera efficace.⁸⁹ Pour ce faire, la stratégie doit, d'un côté, **répartir son budget équitablement** et, de l'autre, **utiliser plusieurs types d'approches différentes et complémentaires**, dont des interventions précoces, sociales et de programmes éducatifs, des approches réparatrices et un contrôle de la criminalité.

Force est de constater qu'au niveau financier, **les pays analysés dans cette étude accordent un plus grand budget à la répression qu'à la prévention**.⁹⁰ Le pourcentage du budget alloué à

⁸⁸ Soulignons que le fait d'établir si la mise en œuvre des initiatives est réellement multisectorielle intégrée au niveau local dépasse le cadre de ce rapport.

⁸⁹ Résolution 2002/13

⁹⁰ Il nous a été impossible d'avoir accès aux budgets du Portugal et de la Suisse pour différentes raisons. Ceci dit, nos recherches nous ont permis de pouvoir identifier les priorités budgétaires.

chaque composante varie toutefois significativement d'un pays à l'autre. En effet, alors que la prévention récolte aussi peu que 1.9% du budget de la stratégie aux Pays-Bas et 5.1% aux États-Unis, l'Australie lui accorde 23%. La répression et la lutte contre le trafic reçoit la majeure partie du financement toutes les stratégies, représentant 50.7% du budget aux États-Unis à 75.33% aux Pays-Bas. Nous remarquons que la majorité des pays n'incluent pas la réduction des risques dans leur budget, à l'exception des Pays-Bas (10.07%) et de la Suisse (5%).

Même si une stratégie préventive met en avant des initiatives fondées sur des données probantes, si l'on constate que le budget alloué est faible, la portée de ces actions restera limitée. La stratégie des États-Unis (2014) est un bon exemple : prime abord, nous constatons que les États-Unis promeuvent des approches holistiques intégrées qui permettent des interventions de qualité, mais au moment de prendre un pas de recul, nous réalisons toutefois que l'ensemble des interventions de prévention n'est pas prioritaire, ne retenant que 5.1% du budget total.

Au-delà du calcul comptable de chaque stratégie, d'autres constats méritent d'être soulignés. Du côté du Royaume-Uni, nous remarquons que **la majorité des interventions sont axées sur la famille**, alors qu'aux États-Unis, **ce sont les communautés qui sont au cœur des interventions** de prévention de tous types. En Suisse, l'emphasis est mise sur l'identification des jeunes à risque, dans des interventions individuelles plutôt que dans des programmes comme dans les autres pays. D'après les informations recueillies, le Canada mise peu sur la réintégration au niveau fédéral, alors qu'aux Pays-Bas, en Suisse et au Royaume-Uni, ces composantes sont des priorités.

Somme toute, nous constatons que **la prévention n'est la priorité d'aucune stratégie**, de par les fonds y étant destinés. À ce sujet, rappelons la position de l'ONUDC au moment d'affirmer « que l'accent mis sur la répression a peut-être eu pour conséquence le détournement des ressources initialement consacrées aux mesures de santé vers ce qui, en définitive, est un problème de santé publique » (ONUDC, 2008 dans CIPC, 2010, p. 76).

2.5 Les besoins spécifiques des groupes à risque

Les Nations Unis soulignent l'**importance d'inclure les populations vulnérables dans l'analyse des problèmes et dans l'identification de solutions afin de mieux répondre à leurs besoins particuliers** (UNDCP, 1998). *La déclaration des principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues* indique qu'un accent doit être mis sur les besoins spécifiques de certains groupes à risque :

« Les programmes de réduction de la demande devraient être conçus de manière à répondre aux besoins de la population en général, ainsi qu'à ceux de groupes particuliers, une attention particulière étant accordée aux jeunes. Ces programmes doivent être efficaces, pertinents et

accessibles aux groupes qui courent les plus grands risques, et prendre en considération les différences tenant au sexe, à la culture et à l'éducation».⁹¹

La majorité des pays à l'étude ont une compréhension similaire de ce qu'est un groupe à risque, soit **des sous-populations spécifiques dont le risque de problèmes de toxicomanie est nettement plus élevé que la moyenne, que ce soit de façon imminente ou au cours de leur vie**. Souvent, cette propension accrue à la consommation de drogues découle d'une exclusion sociale. De ce fait, l'UNODC souligne que l'avantage de travailler avec ces groupes à risque est le fait qu'ils sont déjà, en partie, identifiés par les contextes et lieux dans lesquels ils évoluent : ils vivent dans certains secteurs sensibles (réserves autochtones, quartiers défavorisés, ...) et vaquent à certaines occupations précaires (prostitution, mendicité, etc) (UNODC, 2004).

Alors que d'un pays à l'autre ce constat demeure véridique, force est de constater que **les groupes à risque que doivent considérer les stratégies relatives aux drogues varient d'un contexte socio-culturel à l'autre**. Dans les stratégies elles-mêmes, nous remarquons que certains pays identifient plus clairement les groupes à risque visés que d'autres. C'est le cas par exemple des États-Unis qui visent explicitement les communautés autochtones, les enfants de parents souffrant de troubles de toxicomanie et des Pays-Bas qui mettent une emphase particulière sur les sans-abris. La stratégie australienne, bien que décentralisée au niveau des provinces et territoires, accorde aussi une importance explicite aux aborigènes.

Dans d'autres stratégies, il faut pousser la recherche plus loin afin de bien saisir l'identité des groupes à risque visés. Dans le cas du Canada, c'est à la lecture des différents programmes et fonds offerts et de l'évaluation de la stratégie que l'on peut identifier les groupes à risque, par exemple les autochtones. En Suisse, les programmes ciblés sur des groupes à risque spécifiques sont rares, bien que certains programmes mettent l'emphase sur les **migrants**.

Une fois les groupes à risques identifiés dans chaque stratégie, nous remarquons que les **communautés autochtones** sont des groupes à risque prioritaires autant en Australie, au Canada, qu'aux États-Unis. De toute évidence, cette particularité de ces stratégies nationales est inhérente à la présence de ce segment de population sur leur territoire.

Dans le cadre de l'information récoltée, nous remarquons que la **sexospécificité** n'est pas considérée dans les stratégies à l'étude, mise à part celle de la Suisse qui semble en tenir compte de façon théorique.⁹²

⁹¹ Résolution A/RES/54/132

⁹² Ceci dit, il est possible que la composante de genre soit incluse dans nombre des programmes de mises en œuvre des stratégies.

2.6 Les alternatives à l'emprisonnement

Il existe actuellement une tendance internationale à **favoriser les alternatives à l'emprisonnement au moment d'éloigner les individus de la drogue** (IDPC, 2012). En effet, considérant les coûts reliés à l'incarcération et son effet peu dissuasif, les pays tendent à délaisser une approche basée sur des arrestations généralisées et des sanctions sévères, afin de promouvoir une approche de santé publique. Ainsi, les individus aux prises avec des problèmes de toxicomanie ne devraient pas être punis, mais bien encouragés à accéder à un programme de traitement de la dépendance fondé sur des données probantes, ce qui permet, entre autres, de réduire la pression sur les systèmes de justice pénales et l'obtention de meilleurs résultats sociaux et sanitaire (IDPC, 2012). Ce constat est particulièrement vrai dans le cas des jeunes.

Tous les pays analysés incluent des alternatives à l'emprisonnement dans leur stratégie. Nous y reviendrons dans la partie dédiée à la prévention tertiaire.

2.7 L'approche entre drogue et santé mentale

Comme mentionné dans la première partie du présent rapport, il existe une corrélation forte entre maladie mentale et toxicomanie, une personne souffrant de l'une des deux ayant plus de chances de souffrir de l'autre. Le fait d'expérimenter les deux se nomme les *troubles concomitants*.

Au travers des informations recueillies, il semble exister une conscience du lien entre les problèmes de toxicomanie et de santé mentale dans toutes les stratégies étudiées, et de la nécessité de les traiter conjointement. Plus précisément nous avons identifié quatre types d'approches des troubles concomitants :

- la toxicomanie est traitée comme un trouble de santé mentale,
- une collaboration étroite est établie entre le traitement de la toxicomanie et des troubles de la santé mentale,
- les personnes souffrant de troubles concomitants et traités pour de la toxicomanie sont référés aux structures de santé mentale, et
- la santé mentale est traitée de manière ponctuelle au travers de la stratégie.

À l'extrême, l'approche des Pays-Bas **considère la toxicomanie comme un problème de santé mentale**. En effet, le traitement de la toxicomanie est effectué sous la responsabilité de *l'Association néerlandaise de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie*. Il en est de même aux États-Unis puisque l'organisme responsable en matière de toxicomanie est également responsable pour les troubles de santé mentale, *l'Administration des services de toxicomanie et de santé mentale* (SAMHSA). L'approche de l'Australie entre drogue et santé mentale est également très intégrée puisque la stratégie en matière de drogue est partie intégrante du Plan national de

santé mentale. En effet, le gouvernement a adopté une approche intégrale en interconnectant les différents départements et gouvernements entre eux⁹³.

La Suisse promeut un traitement conjoint des troubles concomitants. Celle-ci peut se réaliser soit au sein de la structure qui prend en charge les personnes avec des problèmes de toxicomanie (en intégrant des soins de santé mentale), soit en **établissant une étroite collaboration** entre ces structures spécialisées et celle de la psychiatrie. En outre, la norme QuaThéDA - Qualité, Thérapie, Drogue, Alcool – contient des critères imposant la collaboration professionnelle avec la psychiatrie, ainsi qu'avec toutes les structures sociales et de la santé, afin de garantir une prise en charge intégrée des personnes dépendantes.

D'autres stratégies ne s'occupent pas directement de la santé mentale mais préconise plutôt la collaboration avec les services spécialisés. C'est le cas du Royaume-Uni et du Portugal qui, lorsqu'un patient souffrant de toxicomanie est diagnostiqué comme ayant des troubles de santé mentale, le **réfèrent à un autre réseau national de soins**.

Finalement, au Canada, d'après les informations recueillies, **la santé mentale est traitée de manière ponctuelle** au travers de la stratégie. Cette décision est à la discrétion des différents programmes. En effet, le FICSA peut inclure cette thématique dans ses priorités de financement, les TTT peuvent renforcer les résultats des traitements en mettant à profit leurs partenariats en matière de santé mentale et le *Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie* peut permettre de financer des programmes de traitement pour des personnes présentant les problèmes les plus sérieux de troubles mentaux.

3. La prévention de la criminalité associée aux drogues

Dans l'introduction du présent rapport, nous avons identifié qu'il existait trois manières de prévenir la criminalité commise sous l'influence de la drogue ou afin d'acquérir de la drogue :

- La prévention de la consommation de stupéfiants illégaux,
- La prévention de la récidive,
- La réduction des méfaits (prévention des comportements à risque liés à la consommation).

Ci-dessous sera présentée la manière dont les stratégies nationales observées abordent ces trois types de prévention.

⁹³ « whole-of-government »

3.1 La prévention de la consommation

La prévention de la consommation de stupéfiants illégaux est une manière évidente de prévenir la criminalité liée aux drogues. Soulignons également que, comme présenté antérieurement, la consommation de drogue et la criminalité partagent de nombreux facteurs de risque et de protection. Par conséquent, les programmes de prévention peuvent avoir une influence sur ces facteurs communs.

La prévention de la consommation de stupéfiants illégaux sera présentée en deux parties : premièrement un aperçu général de la prévention (primaire et secondaire) et deuxièmement la présentation des divers intervenants en la matière, à savoir les campagnes médiatiques et les médias sociaux, le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés.

a) Un aperçu de la prévention

Prévention primaire

La prévention primaire a pour objectif de prévenir la consommation de stupéfiants auprès de toute la population. C'est une intervention non ciblée, qui vise à sensibiliser tous les individus, à risque ou non de consommer des drogues.

La prévention primaire sera présentée dans cette section en deux parties : selon le public cible, selon la stratégie d'information.

Le public cible

L'étude des sept stratégies a permis d'identifier cinq manières de mettre en œuvre la prévention primaire : en milieu scolaire, au travers des familles, pour un groupe particulier et pour un large public au travers des campagnes de communication.

Premièrement, il est à souligner que toutes les stratégies étudiées font de la prévention primaire en **milieu scolaire**. Ce résultat n'est pas surprenant puisque, comme vu dans la première partie du présent rapport, la majorité des initiatives antidrogue, mises en œuvre par les gouvernements à travers le monde, ont lieu dans ce cadre (voir La prévention de la criminalité en lien avec les drogues p. 22). Cela s'explique notamment par le fait que beaucoup est misé sur la prévention auprès des jeunes. Celle-ci peut permettre, par exemple, l'enseignement de la résistance à la pression des pairs à consommer des drogues ou encore la promotion d'un mode de vie sain. Soulignons toutefois que, comme vu précédemment dans ce rapport, les évaluations des initiatives en milieu scolaire tendent à montrer qu'une telle intervention a peu d'effets si elle est réalisée seule (voir La prévention de la criminalité en lien avec les drogues p. 22) et qu'elle est plus efficace lorsqu'elle consiste en une composante de la prévention communautaire.

Deuxièmement, la prévention primaire se réalise au travers des **familles**. Le Royaume-Uni – plus que toute autre stratégie – met un accent particulier sur l’accompagnement des familles vulnérables et des enfants en bas âges, afin d’éviter que la consommation des parents n’engendre une consommation ultérieure chez les enfants. Cette insistance est d’ailleurs fondée sur des données probantes puisque, comme souligné dans l’introduction du présent rapport, l’influence familiale est l’un des facteurs de risque et de protection les plus importants en matière de consommation de stupéfiants.

Troisièmement, au Portugal particulièrement, la prévention primaire se réalise au travers d’interventions **communautaires** (PORI), visant à traiter les problématiques de drogue d’une manière holistique.

Quatrièmement, les Pays-Bas ont mis en place un programme d’intervention **pour un groupe particulier**, le programme « Vie nocturne⁹⁴ » pour informer les jeunes et leurs parents sur les effets nocifs de la drogue.

Finalement, la prévention primaire se réalise aussi pour un large public au moyen des **campagnes de communication**⁹⁵. À ce titre, quatre stratégies⁹⁶ réalisent des campagnes nationales dont l’objectif est de prévenir la consommation. Toutes les stratégies prévoient des lignes téléphoniques, des sites Internet et/ou des médias sociaux afin de fournir des informations aux jeunes, ainsi que répondre à leurs questions.

La stratégie d’information

Les stratégies peuvent aborder la prévention de la consommation en parlant **spécifiquement des substances** ou dans un **cadre plus large** qui ne se limite pas aux drogues. Il apparaît que toutes les stratégies étudiées reconnaissent l’importance d’une approche holistique, qui s’intéresse aux facteurs de risques et de protection en lien avec la consommation de drogues. A titre d’exemple, la stratégie des États-Unis prévoit des programmes qui visent à promouvoir un mode de vie sain et le PORI au Portugal finance des organismes qui mettent en œuvre des projets systémiques.

Au sein de la prévention primaire, il existe principalement deux approches qui sont parfois combinées. D’une part les initiatives visant à **informer sur les dangers** de la drogue et à utiliser la peur pour décourager la consommation, et d’autre part les initiatives cherchant à **entraîner les capacités de résistance sociale**. Rappelons que les évaluations tendent à montrer que l’utilisation du sentiment de peur chez le jeune ne permet pas de diminuer la consommation de substances (voir La prévention de la criminalité en lien avec les drogues p.22).

⁹⁴ La Suisse dispose également d’un programme de « vie nocturne » mais il relève davantage de la prévention secondaire.

⁹⁵ Les interventions scolaires, communautaires et les campagnes de communication sont présentées plus en détails plus loin dans ce rapport.

⁹⁶ Australie, Canada (indirectement), États-Unis, Royaume-Uni

L'Australie, le Canada et les Pays-Bas⁹⁷ mettent un accent particulier sur la **présentation des risques** liés à la consommation de drogue. En Australie, cette information se transmet particulièrement par le biais de la campagne médiatique (vidéo, radio, documents informatifs) qui souligne les effets dévastateurs des drogues sur la vie des individus et de leur famille. Le Gouvernement du Canada présente également les dangers des différentes drogues et leurs liens avec les crimes graves et le crime organisé au travers du programme de « Sensibilisation du public » de la Gendarmerie Royale du Canada, ainsi que des campagnes de masse relatives aux drogues⁹⁸. Enfin, les Pays-Bas mettent particulièrement l'accent sur les dangers associés aux drogues dans leur programme de « Vie nocturne ».

En contrepartie, les stratégies du Royaume-Uni et des États-Unis visent davantage à renforcer les capacités de **résistance sociale** aux pressions de leurs pairs. En effet, leurs campagnes – respectivement « Talk to Frank » et « Above the Influence » reconnaissent la pression sociale qu'expérimentent les jeunes vers la consommation, et leur présentent des outils afin de pouvoir y résister. La campagne des États-Unis, particulièrement, se centre sur l'encouragement des jeunes à réaliser leurs propres choix, davantage qu'à les effrayer sur les effets négatifs de la drogue. En outre, selon les informations recueillies au travers des entretiens, la Suisse reconnaît également que les interventions en milieu scolaire doivent s'adonner à renforcer les capacités des jeunes à la résistance sociale et qu'en contrepartie la présentation des risques associés aux drogues est au mieux inutile et au pire contreproductive. Dans une approche similaire, la stratégie du Portugal met l'accent sur une prévention primaire systémique qui touche les différents facteurs de risque et de protection, visant à diminuer les premiers et augmenter les seconds.

Prévention secondaire

La prévention secondaire s'adresse aux enfants et aux jeunes identifiés comme à risque de consommer de la drogue ou ayant déjà commencé à consommer occasionnellement.

Deux approches distinctes se reflètent particulièrement au sein des stratégies étudiées : d'une part les **programmes d'intervention** en milieu scolaire, familial et communautaire et d'autre part une démarche qui vise à **former les professionnels** qui sont en contact avec les jeunes (par exemple le personnel scolaire) afin d'identifier les individus à risque et de les diriger vers un soutien adapté.

Le Canada possède la stratégie qui reflète essentiellement la première approche – les **programmes d'intervention**. Un atout de ces programmes et qu'ils peuvent servir à identifier et à traiter les causes sociales sous-jacentes de la consommation de drogue (IDPC, 2012a), par exemple la faible estime de soi ou le renforcement des compétences sociales. Selon les

⁹⁷ Soulignons cependant que ces différentes stratégies prévoient également de renforcer les capacités de résistance sociale, mais l'effectuent davantage au travers de la prévention secondaire.

⁹⁸ Rappelons que ces campagnes ne font pas partie de la SNA même si elles poursuivent des objectifs communs.

informations récoltées, l'Australie adopte également cette approche, prévoyant des financements fédéraux et étatiques pour ces interventions. Ces programmes sont généralement normés et standardisés et permettent une évaluation.

Le Royaume-Uni⁹⁹ prévoit également des programmes d'intervention. Le gouvernement laisse la liberté aux collectivités locales sur le choix de ces programmes et soutient les processus financièrement ainsi qu'en fournissant conseils et données probantes en matière d'interventions efficaces. À ce titre, la stratégie souligne à diverses reprises que les interventions en milieu familial sont particulièrement efficaces, tant pour accompagner les parents avec de jeunes enfants (prévention primaire) que pour accompagner des jeunes ayant déjà des difficultés avec la toxicomanie, et leurs parents.

L'approche alternative particulièrement reflétée au sein de la politique suisse des quatre piliers consiste à **former les professionnels** qui sont en contacts avec les jeunes afin qu'ils soient en mesure de repérer les jeunes à risque, d'entrer en contact avec eux et s'il est nécessaire de les aiguiller vers un soutien adéquat. Aucune autre stratégie ne semble mettre autant l'accent sur cette approche.

Les États-Unis ont une approche **mixte**, incluant les deux types d'interventions. En effet, il existe d'une part des programmes de prévention qui sont majoritairement sélectionnés parmi 300 programmes évalués. D'autre part les professionnels en contact avec les jeunes sont formés afin de dépister ceux qui ont des démêlés avec les drogues et réaliser une intervention adaptée. Le Portugal a également une approche mixte, avec ses programmes PORI, qui financent les programmes systémiques, et le programme « Moi et les autres » centré sur les interventions en milieu scolaire.

Dans une approche comme dans l'autre, les interventions peuvent être centrées sur les drogues ou d'une manière plus large sur le soutien permettant de diminuer la vulnérabilité des individus ou des communautés. En d'autres termes, les programmes peuvent **viser davantage à réduire les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection, qu'à traiter directement des problématiques de drogue**. Cette dernière tendance semble s'observer dans toutes les stratégies étudiées.

b) Les intervenants en matière de prévention

Cette section présente les différentes initiatives en matière de prévention primaire et secondaire qui impliquent le personnel scolaire, les autorités de mise en œuvre de la loi et les communautés.

Toutes les stratégies soulignent qu'elles se basent sur des données probantes afin de mettre en œuvre ces initiatives. Ces données peuvent venir de centres spécialisés qui informent la

⁹⁹ Particulièrement l'Angleterre.

stratégie¹⁰⁰, d'une branche scientifique du Gouvernement¹⁰¹, ou encore une composante spécifique de la stratégie¹⁰². Le Canada a la particularité à ce titre d'avoir développé les *normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes*, afin d'expliquer « *comment bien planifier, choisir, mettre en œuvre et évaluer leurs efforts de prévention auprès des écoles, des collectivités et des familles* » (CCLT, 2014a). Ces normes ont par ailleurs nourri le développement des normes internationales sur la prévention de la consommation de drogue de l'ONUDC (ONUDC, 2013a).

Les campagnes médiatiques et les médias sociaux

Tel que mentionné précédemment, les campagnes médiatiques sont largement utilisées au moment de prévenir la consommation de drogue. Cependant, les responsables de politiques tout comme les praticiens **débattent de leur efficacité à réduire la consommation de drogues des jeunes ou leur intention de consommer** (EMCDDA, 2013a).

Comme présenté dans l'introduction, le potentiel des campagnes médiatiques réside dans leur capacité à propager des messages simples et ciblés à un large auditoire, à un faible coût par habitant (Wakefield et al., 2010). Ces initiatives ont été utilisées avec succès pour modifier certains comportements¹⁰³, mais peu de campagnes relatives à la consommation de drogue ont été évaluées formellement. La majorité des évaluations est exclusivement consacrée à l'évaluation de la compréhension des messages de la campagne et leur appréciation. Une méta-analyse évaluant l'efficacité de campagne médiatiques de masse pour influencer la consommation de drogue qui incluait plus de 200,000 jeunes de moins de 26 ans de l'Australie, du Canada et des États-Unis entre 1991 et 2011 n'a prouvé aucun effet sur la réduction de la consommation et une faible corrélation avec l'intention de consommer (EMCDDA, 2013a).

Ces différents facteurs peuvent expliquer **le délaissement de campagnes médiatiques** que nous remarquons dans plusieurs stratégies à l'étude. Du côté des États-Unis, la gestion de « Above the Influence » a été reléguée à une ONG. Aucune campagne médiatique n'est incluse dans la stratégie suisse (S1, 22.04.2015).

Malgré les arguments contre les campagnes, certains pays choisissent tout de même d'utiliser ces mécanismes de prévention primaire. La campagne canadienne « 0 drogue pour moi », par exemple, en vigueur de 2007-2012, s'est vu remplacée par deux autres campagnes.¹⁰⁴

¹⁰⁰ Par exemple en Australie : le Centre de recherche national sur les drogues et l'alcool, l'Institut national de recherche sur les drogues et le Centre national pour l'éducation sur la formation et la toxicomanie

¹⁰¹ C'est le cas de *Santé Canada* par exemple.

¹⁰² Composante transversal de la stratégie Suisse, "Bases scientifiques"

¹⁰³ Réduire l'usage du tabac, promouvoir la sécurité routière, promouvoir une saine alimentation et l'activité physique, par exemples.

¹⁰⁴ Rappelons-nous que les campagnes médiatiques relatives aux drogues du Canada ne font pas directement parti de la stratégie.

D'autres pays misent **sur l'utilisation des médias sociaux** – notamment Facebook et Twitter – et **l'adoption d'un ton moins réprobateur** au moment de parler drogues aux jeunes est une stratégie mise en avant par plusieurs pays européens. Pensons notamment à la campagne « Talk to Frank » du Royaume-Uni. Nous remarquons qu'aux États-Unis, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et au Portugal, les messages de prévention neutres et objectifs se concentrent à donner une information impartiale pour aider les jeunes à prendre leurs propres décisions en matière de consommation de drogue (R. Hornik, Jacobsohn, Orwin, Piesse, & Kalton, 2008).

Le personnel scolaire

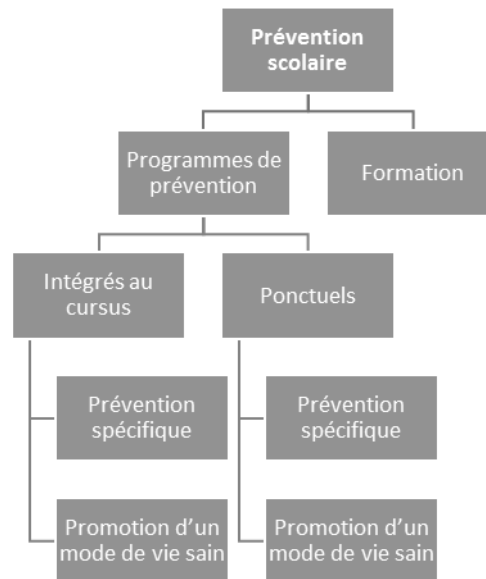


Figure 14. Les différentes approches de prévention en milieu scolaire

Toutes les stratégies étudiées intègrent le personnel scolaire dans les activités de prévention de la consommation. Parmi les stratégies étudiées, il existe principalement deux approches de la prévention en milieu scolaire : la **formation au personnel scolaire** et les **programmes de prévention**.

La **formation au personnel scolaire** lui permet d'intégrer des messages de prévention dans son discours quotidien ainsi que d'identifier les jeunes à risque et de les référer aux personnes adéquates pour une évaluation et un soutien. En effet, le fait de fréquenter les jeunes au quotidien est une place de choix afin d'exercer une influence positive et/ou d'intervenir d'une manière précoce.

Il s'agit de l'approche principale de la Suisse qui, comme susmentionné, souligne l'importance de former les professionnels en contact avec les jeunes afin qu'ils puissent intervenir lorsqu'ils perçoivent une situation à risque. Il existe également dans la partie francophone de la Suisse, un

programme de médiateurs scolaires qui peuvent intervenir afin de fournir un soutien spécifique aux jeunes à risque.

Les États-Unis¹⁰⁵ et le Royaume-Uni s'engagent également à soutenir les enseignants en leur fournissant des connaissances et des bonnes pratiques en matière de prévention de la consommation de substances illicites. Aux Pays-Bas le programme «École en santé et drogues» et au Portugal le programme «Moi et les autres» offrent des formations professionnelles aux enseignants en intervention.

Il existe ensuite des **programmes** de prévention qui sont mis en place en milieu scolaire. Les programmes peuvent permettre de viser le renforcement des compétences sociales, la réduction du décrochage scolaire ou même de la consommation de drogue.

L'exemple le plus notoire est probablement D.A.R.E.¹⁰⁶, qui est enseigné dans 49 pays (D.A.R.E., s. d.-b) dont les États-Unis (sur 75% du territoire (D.A.R.E., s. d.-a), le Canada, le Royaume-Uni et l'Australie. Ce programme qui a pour objectif d'enseigner aux élèves des capacités de prendre des décisions afin de les aider à mener une vie saine¹⁰⁷.

Les programmes peuvent être soit **intégrés** dans le cursus scolaire à travers le pays, soit **ponctuels** selon les régions ou les écoles.

Aux Pays-Bas la promotion de la santé au sein de l'éducation primaire et secondaire est prévue par des lois, ce qui a pour conséquence que l'approche est obligatoire et, par-là même, **intégrée** dans le cursus scolaire et uniforme à travers le pays. En Australie, au Portugal et aux États-Unis les programmes de prévention sont également intégrés dans le cursus scolaire.

Au Canada, les projets sont financés majoritairement par des fonds les rendant **ponctuels** et transitoires. Cependant, et ce qui peut paraître contradictoire, les normes canadiennes en la matière soulignent l'importance d'intégrer les efforts de prévention dans le quotidien et non de les limiter à des activités complémentaires distinctes et occasionnelles. Il semblerait par conséquent que les données probantes, à disposition du gouvernement l'influence à intégrer les programmes de prévention dans le cursus scolaire mais que la mise en application ne soit pas encore réalisée.

Au Royaume-Uni (plus particulièrement en Angleterre), le fait que, comme vu précédemment, les interventions en matière de prévention soient laissées libres aux collectivités locales ne permet

¹⁰⁵ SAMSAH a notamment une page facebook destinée à mieux outiller les adultes afin de pouvoir intervenir auprès des jeunes.

¹⁰⁶ Drug Abuse Resistance Education

¹⁰⁷ Rappelons toutefois que comme vu dans la première partie de ce rapport, différentes études démontrent que D.A.R.E. n'a pas d'impact à long terme sur la prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes (voir par exemple Kanof, 2003).

pas d'avoir une vision d'ensemble. Cependant, la stratégie souligne l'importance des interventions en milieu scolaire.

Finalement, ces programmes peuvent se centrer sur la **prévention spécifique** de la consommation de drogue ou d'une manière plus large sur la **promotion d'un mode de vie sain** et sur le renforcement des « compétences de vie », autrement dit la capacité de faire des choix éclairés ainsi qu'à résister à la pression des pairs. Aucune des stratégies étudiées ne se centre exclusivement sur la prévention spécifique de la consommation de drogue. Au cours des entretiens menés avec les différents représentants gouvernementaux, il est ressorti qu'il existe une conscience du fait que la prévention de la consommation de stupéfiants auprès des jeunes est inefficace lorsqu'elle vise à leur présenter les différentes drogues et à les effrayer quant à leurs effets négatifs, approche qui était fréquemment utilisée par le passé. À présent, une approche davantage centrée sur le développement personnel est encouragée.

Les autorités de mise en œuvre de la loi

Les autorités de mise en œuvre de la loi jouent un rôle important en matière de prévention de la consommation de drogues illégales au sein des stratégies étudiées. Les stratégies observées ont permis d'identifier trois manières d'impliquer la police : premièrement, en **collaboration** avec les autres interventions de prévention, deuxièmement en leur confiant des **tâches spécifiques** de prévention et troisièmement **dans le cadre de ses interventions** dans la rue.

En premier lieu, la **collaboration** de la police avec les secteurs de prévention est clé afin de présenter des réponses intégrées aux problématiques et d'éviter les démarches contreproductives (voir Des stratégies multisectorielles intégrées,).

À ce titre les Pays-Bas, le Portugal, l'Écosse, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis ont participé à la l'élaboration des *Principes de Francfort sur l'application de la loi sur les drogues*. Ces principes reconnaissent notamment l'importance pour les autorités de mise en œuvre de la loi de :

« Coopérer et se coordonner avec les partenaires des différents niveaux (p. ex. la santé publique, la justice, les entreprises, les organisations non gouvernementales, les communautés impliquées, etc.) afin de créer une approche de sécurité publique basée sur la collaboration. » (« Principes de Francfort sur l'application de la loi sur les drogues », 2013)

La collaboration peut s'effectuer à quatre différents niveaux : au niveau de la **conception** de la stratégie, au niveau de la **mise en œuvre** de la stratégie, au niveau des **programmes de prévention** et au niveau des **programmes de santé**.

Au niveau de l'**élaboration des stratégies**, les Pays-Bas mettent particulièrement l'accent sur cette collaboration au travers des « consultations tripartites » (le Maire, le commissaire de police

et le ministère Public) qui permettent de façonner conjointement les politiques locales en matière de drogues.

La collaboration doit également s'effectuer au niveau de la **mise en œuvre** de la politique. La Suisse fournit un effort particulier pour s'assurer que la police et le pilier de réduction des risques travaillent ensemble afin d'éviter que des mesures de réduction des risques ne soit sanctionnées par la police, comme une confiscation du matériel d'injection stérile par exemple. Dans certaines villes, par exemple à Rotterdam, plusieurs postes de police vont même jusqu'à offrir un service d'échange d'aiguilles et de seringues (Trimbos Instituut & WODC, 2015). Aux États-Unis la police est entraînée dans certaines régions par le département de la santé à utiliser la naxolone afin de contrer les effets d'une overdose (Office of National Drug Control Policy, 2014). Enfin, le Portugal a mis en place un programme particulier en la matière – « Écoles sûres » – qui permet d'identifier et de signaler des situations à risque – la consommation de drogues chez les jeunes – aux services d'intervention adéquats (Polícia Segurança Pública, s.d.).

Aux États-Unis, la police est encouragée à participer aux **programmes de prévention**. Au Canada, au travers des entretiens, il est apparu qu'il existe des collaborations occasionnelles mais que le partage des données soulève des réticences. La participation de la police aux programmes de prévention peut être importante afin de donner une réponse intégrée à la toxicomanie, la police étant un acteur central en la matière.

Finalement, comme vu précédemment, les autorités de mise en œuvre de la loi collaborent avec **les services de soin et les services sociaux** lorsqu'un individu est appréhendé, en choisissant par exemple de le diriger vers le traitement. Rappelons, à ce titre, l'expérience des Pays-Bas avec les « maisons de sécurité ».

En deuxième lieu, la police peut mettre en œuvre des **tâches spécifiques** de prévention. Cette approche se reflète dans la stratégie canadienne, puisque la GRC est responsable de la sous-composante de *sensibilisation du public*, ainsi que de l'initiative visant les drogues synthétiques, cherchant à sensibiliser la population aux dangers de la consommation de drogue. D'après les informations récoltées, les autres stratégies étudiées ne prévoient pas un rôle aussi important pour les autorités de mise en œuvre de la loi en matière de prévention et de sensibilisation.

Finalement, la police peut jouer un rôle de prévention **en lien avec ses actions** dans la rue. En effet, elle est amenée à intervenir auprès de jeunes consommant des stupéfiants et peut les aiguiller vers les ressources à même de les aider à prévenir ou à combattre une dépendance. La Suisse reconnaît l'importance de cette approche et s'adonne à former la police à intervenir d'une manière pertinente lorsqu'elle interpelle les jeunes dans la rue. Le Royaume-Uni encourage également cette pratique au travers du pouvoir discrétionnaire donné aux policiers et souligné préalablement dans ce rapport.

Les communautés

La recherche a permis d'identifier que **les interventions émanant des communautés donnent des résultats prometteurs en termes de prévention contre la drogue** et ce, pour plusieurs raisons (IDPC, 2012). Les stratégies relatives aux drogues visent non seulement à modifier des comportements individuels, mais à générer le changement à l'échelle de la communauté, en mettant l'accent sur sa responsabilisation et le renforcement des facteurs de protection, par exemple des liens familiaux solides et positifs, la réussite scolaire, des bonnes aptitudes sociales, des opportunités d'emploi, etc. En impliquant les communautés dans les solutions aux problématiques liées aux drogues, les stratégies atteignent ainsi des objectifs plus larges et favorisent le développement économique et social des communautés (IDPC, 2012).

L'implication d'un ensemble d'acteurs de la communauté pour mettre en œuvre les programmes de prévention se présente donc comme un incontournable. Inclure un certain nombre d'ONG, de groupes de jeunes, de groupes communautaires, d'écoles, de forces de l'ordre, d'organisations religieuses et le gouvernement permet une approche intégrale pour aborder les problèmes liés aux drogues. De ce fait, l'implication des communautés renforcent leurs capacités à devenir des groupes actifs, au lieu de se voir comme des bénéficiaires passifs des programmes de prévention (IDCP, 2012).

C'est dans cette optique que **toutes les stratégies analysées reconnaissent l'importance de la communauté dans la solution aux problématiques de consommation et de criminalité en lien avec la drogue.** Nous remarquons des nuances importantes, certaines le mentionnant explicitement dans leur stratégie, alors que d'autres le font de manière implicite.

L'Australie, le Canada, les États-Unis, les Pays-Bas et le Portugal accordent **une très grande importance à la communauté** et cela se reflète dans leur stratégie nationale. Les États-Unis promeuvent le rôle crucial des partenariats de prévention et font de l'implication des communautés dans la prévention de la toxicomanie un axe majeur via leur programme de communautés exemptes de drogues. Du côté de l'Australie, on parle plutôt de la nécessité d'établir une approche intégrant tous les acteurs de la communauté à différents niveaux¹⁰⁸. Au Portugal, le gouvernement établit que les besoins particuliers de chaque communauté doivent être évalués avant d'établir une intervention, ce qui est indispensable au succès et à la pérennité des programmes. Le gouvernement des Pays-Bas, quant à lui, place les municipalités au cœur de la mise en œuvre de mesure de prévention communautaires. En Suisse, ce sont plutôt les communes qui sont en charge de stimuler la participation communautaire. Comme les stratégies de ces deux pays sont davantage centralisées, nous n'avons pas l'information requise pour juger de l'importance accordée à la communauté.

¹⁰⁸ « whole-of-community »

3.2 La prévention de la récidive (Prévention tertiaire)

Au travers de la prévention tertiaire, nous nous sommes intéressés aux manières de prévenir la récidive en matière de consommation au sein des différents pays. Étant donné que l'objet principal de ce rapport est la prévention de la criminalité commise sous l'emprise de la drogue ou afin d'avoir accès à la drogue, nous avons particulièrement observé la manière dont la prévention tertiaire de la consommation permettait de diminuer la criminalité en lien avec les drogues. En effet, si une personne est appréhendée pour une infraction en lien avec sa consommation, il est fortement probable que l'individu récidive si son problème de dépendance n'est pas traité.

Les stratégies reconnaissent l'importance du **traitement**, tant pour prévenir la récidive de la consommation que pour abaisser les niveaux de criminalité en lien avec les drogues. Cette section présente premièrement la manière dont les stratégies le conçoivent et le mettent en œuvre. Deuxièmement, elle expose la manière dont les stratégies prévoient le traitement comme **alternative à l'incarcération**. Finalement, elle souligne la manière dont la **réintégration** permet de maintenir une abstinence pérenne.

En premier lieu il est important de souligner que **toutes les stratégies observées, à divers degrés, reconnaissent l'importance du traitement**, en matière de réduction de la consommation et de la criminalité qui y est associée. Cette conscience se reflète particulièrement dans les approches suisse et portugaise qui ont mis un accent particulier ces dernières années afin de faciliter l'accès au traitement : toutes personnes désireuses d'accéder à un traitement doit pouvoir le faire dans les plus brefs délais.

Les traitements incluent particulièrement des programmes de désintoxication, de pharmacothérapie (notamment avec la méthadone) et diverses interventions complémentaires (approches cognitivo-comportementales, entrevues motivationnelles, programmes de mentorat, etc.). La Suisse, les Pays-Bas et dans des cas isolés le Royaume-Uni, ont également mis sur pied un traitement assisté par héroïne pharmaceutique. Les traitements à l'héroïne se sont montrés particulièrement efficaces afin de réduire la criminalité (voir p. 28). En effet, dans le cadre des individus qui commettent des infractions en lien avec leur dépendance, le traitement à l'héroïne peut permettre de faire disparaître la cause des infractions commises pour acquérir de la drogue puisque le produit est fourni dans le cadre du traitement. En outre, elle permet de réintégrer des personnes marginalisées par leur utilisation de drogue et par-là même de leur donner de nouveaux motifs pour respecter les normes de la vie en société.

En deuxième lieu, le traitement peut être proposé comme **alternative à l'incarcération**. Il est à souligner que l'accès au traitement est partiellement conditionné par les *lois en vigueur* dans chaque pays, selon si la consommation de drogue est une infraction pénale ou administrative. En effet, la consommation peut-être passible de prison selon les lois en place. Cependant, tel que mentionné précédemment, il existe une tendance au niveau international à considérer que les peines de prison ne sont pas nécessairement les plus efficaces afin d'éloigner les individus de la drogue (IDPC, 2012b). L'ONUDC souligne également que le recours à l'emprisonnement ne doit

être prévu que lorsqu'un objectif sociétal important ne peut être atteint par des moyens moins restrictifs (2008). En effet, dans le cas contraire, la peine privative de liberté entrerait en conflit avec la liberté individuelle qui est l'un des droits humains les plus fondamentaux, reconnu par les instruments internationaux et les constitutions nationales. En outre, la recherche montre que les sanctions ont peu d'effets sur la consommation de drogue, particulièrement chez les usagers dépendants (IDPC, 2012b).

Comme présenté antérieurement dans ce rapport, les lois sont plus ou moins répressives en matière de drogue selon les stratégies étudiées. Cependant, toutes les stratégies permettent de proposer à une personne qui est arrêtée pour possession de drogue ou pour une infraction non violente en lien avec sa dépendance de ne pas être emprisonnée en faveur d'une **redirection vers un traitement**. Cette décision peut être prise par les policiers au moment de l'arrestation ou par les juges par la suite. La particularité du Royaume-Uni réside dans le fait qu'il prévoit un pouvoir discrétionnaire à ces deux stades afin que les agents d'application de la loi décident ce qui leur semble le plus adéquat pour la société.

Lorsqu'une infraction en lien avec une dépendance est réalisée, deux types de tribunaux peuvent décider d'une peine alternative à l'incarcération¹⁰⁹ : les tribunaux ordinaires et les tribunaux spécialisés en matière de drogue (IDPC, 2012b). Les seconds visent à traiter les causes sous-jacentes qui ont amené l'individu à commettre une infraction non violente en intégrant le système judiciaire, les services sociaux et le traitement (voir p. 29). Le Canada et les États-Unis ont des programmes particulièrement développés en matière de tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT). L'évaluation du Canada a d'ailleurs permis de souligner que les TTT contribuent davantage à la réduction de la toxicomanie et de la récidive criminelle que les interventions classiques du système de justice. Le Royaume-Uni possède les deux types de tribunaux (IDPC, 2012b).

L'Australie a mis sur pied des tribunaux spécialisés en matière de drogue pour les autochtones et le Canada a instauré un programme de justice réparatrice en matière de toxicomanie pour cette même population.

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie ne sont pas les seuls à chercher à intégrer le système judiciaire, les services sociaux et le traitement. Au Pays-Bas, les « maisons de sécurité » naissent d'une prise de conscience que les problèmes de criminalité associés aux drogues ne peuvent pas se résoudre uniquement au travers du système pénal. Le gouvernement encourage donc la coopération entre le système de justice, les institutions de soin et les municipalités afin de coordonner leurs actions. L'objectif de ces « maisons de sécurité » est donc de permettre aux différents partenaires de se réunir afin d'aborder d'une manière cohérente et intégrée le cas d'un individu particulier afin d'éviter qu'il récidive (FESU, 2014).

¹⁰⁹ Le traitement, une peine communautaire, etc.

La situation du Portugal est particulière puisque la possession pour consommation personnelle de drogue relève d'une infraction administrative et non pénale. Lorsqu'une personne est arrêtée, elle est renvoyée devant une *Commission de dissuasion pour la dépendance à la drogue* – composée d'un assistant social, un conseiller juridique et un professionnel de la santé - qui cherche à décourager les consommateurs occasionnels et à encourager les personnes dépendantes à recevoir un traitement. Les solutions proposées dépendent de chaque cas et vont des sanctions administratives en passant par les travaux d'intérêt général aux recommandations de traitements et de programmes éducatifs.

Dans le cas des jeunes, des programmes particuliers sont mis en place comme alternative à leur incarcération. Au Canada, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, loi sous laquelle tombent les infractions commises en lien avec les drogues, encourage les provinces à avoir recours aux mesures extrajudiciaires pour les adolescents (C4, 14.03.2015 et Ministre de la Justice, 2002). La stratégie des États-Unis mise sur les peines alternatives à l'incarcération ainsi que sur l'amélioration des systèmes de traitement dans le système de justice juvénile. Le Royaume-Uni encourage également davantage le traitement pour les jeunes que la privation de liberté.

Finalement, les stratégies prévoient à divers degrés la **réintégration après un traitement**. En effet, lors d'un entretien une personne a souligné qu'un traitement avait peu de chances de fonctionner si un individu n'était pas soutenu afin de se réintégrer dans la société, soit dans la recherche d'un emploi, d'un logement et de la réintégration au sein de sa communauté. Les États-Unis, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suisse et les Pays-Bas mettent un accent particulier au sein de leur stratégie afin de favoriser cette réintégration. En contrepartie, d'après les informations recueillies, le Canada favorise peu cette approche.

3.3 La réduction des risques

Selon le Consortium international sur les politiques des drogues, « la simple poursuite de l'objectif à long terme d'une « société sans drogue » n'est pas une politique durable » (IDPC, 2012). L'approche de réduction des méfaits ne vise pas directement la réduction de la consommation de stupéfiants, mais s'attaque plutôt à réduire ses effets négatifs sur la personne aux prises avec des troubles de toxicomanie et la société (CIPC, 2010). Ainsi, la réduction des risques inclut **l'ensemble des interventions permettant de réduire les risques sanitaires et sécuritaires accompagnant la consommation de drogues**, sans pour autant qu'ils aient comme objectif la diminution de la consommation de drogues (IDPC, 2012). Rappelons que ces initiatives relèvent principalement du domaine de la santé publique, mais visent également la prévention de la criminalité commise sous l'emprise de drogue ou afin d'acquiescer de la drogue (CIPC, 2010).

PAYS	Salles de consommation à moindre risque	Dispense d'héroïne ¹¹⁰	Thérapie de substitution aux opiacés (TSO)	La gestion de la vie nocturne	Réintégration communautaire
Australie					
Canada					
États-Unis ¹¹¹					
Pays-Bas					
Portugal					
Royaume-Uni					
Suisse					

Figure 15. Types d'initiatives de réduction des risques incluses dans les stratégies

Il est recommandé que le concept de réduction des risques soit appliqué à tous aspects de la politique des drogues (IDCP, 2012). Les responsables des politiques devraient explicitement définir les risques spécifiques qu'ils cherchent à réduire par leurs politiques relatives aux drogues, concevoir des programmes ayant prouvé leur efficacité à réduire ces risques, attribuer les ressources nécessaires pour leur mise en œuvre et évaluer ces programmes, afin de s'assurer qu'ils atteignent les résultats souhaités (IDPC, 2012). De plus, il est recommandé que les interventions de réduction de risques soient complémentaires et se renforcent mutuellement pour optimiser leur efficacité à protéger la santé et la sécurité des consommateurs de drogues (IDPC, 2012). Dans tous les cas, l'objectif demeure **d'établir et de conserver le contact avec les consommateurs de drogues difficiles à rejoindre**, afin d'empêcher que leur situation personnelle ou sociale ne s'aggrave (EMCDDA, s.d.-b). Il est à noter que **le succès des programmes de réduction des risques dépend de plusieurs facteurs**, tels que la participation des consommateurs de drogues à la conception et à la mise en œuvre du service, l'accessibilité et le rayon d'action des services fournis, l'adaptabilité du service au type de consommation locale, le soutien des forces de l'ordre locales, afin qu'elles n'entravent pas l'accès aux services disponibles, ainsi que les négociations et consultations avec l'ensemble de la communauté (IDPC, 2012).

¹¹⁰ Dans ce rapport, nous considérons le traitement à l'héroïne comme une mesure de réduction des méfaits, puisqu'il permet de réduire la criminalité associée à la drogue sans nécessairement réduire la consommation dans les mêmes proportions.

¹¹¹ Des programmes d'échange de seringue sont disponibles dans une trentaine d'États. Ceci dit, comme ce type d'initiative vise la réduction des risques sanitaires, il n'est pas inclus dans l'analyse.

La majorité des pays à l'étude dans ce rapport incluent une composante de réduction des risques dans leur stratégie nationale relative aux drogues. C'est le cas de l'Australie, des Pays-Bas, du Portugal et de la Suisse. Néanmoins, ces nations divergent dans le choix des initiatives visant à réduire les risques. Certains pays, pensons notamment aux Pays-Bas, au Portugal et à la Suisse, offrent une large gamme de programmes et d'infrastructures visant la réduction des risques (voir Figure 15. Types d'initiatives de réduction des risques incluses dans les stratégies). Tous deux établissent la réduction des méfaits comme une priorité fondamentale de leur stratégie, appuyés par la conviction que, dans l'impossibilité de surmonter leur dépendance, les personnes souffrant de toxicomanie devraient être aidées par l'État à réduire les méfaits engendrés par leur consommation : sur eux-mêmes, leurs proches et leur communauté.

Les Pays-Bas, particulièrement, considèrent la **réintégration communautaire** comme levier de réduction de méfaits. En effet, en misant sur l'offre de logements pour les sans-abris (où ils peuvent vivre et consommer) les Pays-Bas ont ainsi réussi à diminuer les troubles à l'ordre publics et insécurité engendrés par leur consommation dans les lieux publics. En les encadrant dans ces logements, il a été possible de mitiger les conséquences de la consommation des sans-abris, par leur réintégration sociale au lieu de miser sur la répression de leurs comportements. La stratégie du Royaume-Uni abonde en ce sens, puisqu'un de ses piliers est le « rétablissement au sein de la communauté ».

D'autres pays, notamment le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni, n'ont **pas de composante de la stratégie spécifiquement centrée sur la réduction des méfaits**. Ceci dit, cela n'empêche pas plusieurs initiatives isolées d'exister dans ces pays. Des programmes d'échange de seringues sont disponibles dans les trois pays. De plus, des services d'injection supervisée existent à Vancouver (Canada) depuis 2003 et des discussions sont actuellement en cours pour implanter le même concept à Montréal (Portail Santé Montréal, s.d.).

La dispense d'héroïne sous la supervision médico-étatique aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse permet notamment de réduire la criminalité liée à l'approvisionnement (ETHZ, 2007). Les Pays-Bas et la Suisse ont tous deux des programmes de **gestion de la vie nocturne** dans leur stratégie qui visent à diminuer la criminalité et le sentiment d'insécurité engendrés par la consommation de drogues dans les bars, discothèques et autres lieux de divertissement, ainsi que leurs environs. Dans le cas particulier des Pays-Bas, cette politique inclut les *coffees shops*.

Ainsi, à la lumière de cette comparaison, nous constatons que la réduction des risques semble beaucoup plus présente dans les stratégies nationales de l'Australie, des Pays-Bas, du Portugal, de la Suisse et du Royaume-Uni, puisque ces pays mettent en avant une gamme variée d'initiatives de ce type, alors que dans les autres pays à l'étude, elle est absente (Canada et États-Unis).

Cette partie a pour objectif de fournir des recommandations afin qu'une stratégie antidrogue puisse permettre effectivement de réduire la criminalité commise sous l'emprise de drogue ou afin d'acquiescer de la drogue.

Relatives à la stratégie nationale

- Les stratégies devraient avoir une **approche holistique** qui comprend la toxicomanie comme une problématique devant être abordée de concert avec d'autres problématiques souvent inter-reliées, par exemple : la criminalité, l'appartenance aux gangs de rue et les troubles de la santé mentale. De plus, la stratégie relative aux drogues doit reconnaître qu'elle s'insère dans un contexte plus large et s'atteler en tout temps à avoir une cohérence avec l'ensemble des programmes gouvernementaux, tous ministères confondus.
- Les stratégies canalisent, d'une part, les efforts de différents ministères et d'autre part incluent différentes composantes afin d'aborder les problèmes liés aux substances illicites. De ce fait, il est important **de favoriser la synergie entre ces différentes interventions** ainsi que d'éviter des initiatives contreproductives. Soulignons de ce fait que des mécanismes devraient être mis en œuvre afin de faciliter la collaboration et le partage d'informations.
- Afin de mettre en œuvre une approche multisectorielle intégrée efficace, il est essentiel de **sensibiliser les différents intervenants à la nécessité de la collaboration**, par exemple entre les professionnels de la santé mentale et des soins de la toxicomanie ou encore entre la police et les responsables d'initiatives de réduction des méfaits.
- Une stratégie basée sur des données probantes afin de fonder son approche préventive n'est pas en soi garante de résultats significatifs si le budget alloué reste marginal. De ce fait, **une attention devrait être portée afin que la composante répressive ne monopolise pas des fonds** pour des utilisations non basées sur des données probantes.
- Soulignons également que **les stratégies doivent promouvoir un environnement social favorable**. En effet, la société porte une part de responsabilité dans la consommation de drogues illicites lorsqu'elle favorise des conditions de vie qui rendent les individus vulnérables à la consommation, telles que la pression de la productivité, les conditions de travail ou la réussite sociale, entre autres.
- **Les stratégies devraient reconnaître que l'abstinence ne peut être un objectif pour tous les individus** en prise avec la toxicomanie et ainsi **inclure une approche de réduction des méfaits**.

- Les stratégies, afin de prévenir la criminalité liée aux drogues, devraient **intégrer des mesures de réduction de la marginalisation**, reconnaissant le lien entre exclusion sociale et troubles de toxicomanie.

L'approche des problèmes de toxicomanie

- Pour les individus souffrant de toxicomanie, la drogue a d'abord constitué une solution à un problème avant de devenir un problème en soit. De ce fait, **les stratégies devraient considérer la toxicomanie comme le résultat de multiples facteurs et devraient s'atteler à diminuer les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection.**
- Considérant les différentes étapes menant à la toxicomanie, les stratégies devraient **prendre en compte les différents types de consommation**, par exemple récréatives ou problématiques. En effet, ce ne sont pas nécessairement les mêmes raisons qui poussent un individu à commencer à consommer que celles qui l'incitent à continuer.
- Les stratégies devraient **aborder les problèmes de toxicomanie au travers d'une approche de santé publique** où la lutte contre la criminalité par les autorités de mise en œuvre de la loi se réalise en cohérence avec les approches préventives et de réduction des méfaits.
- Les stratégies ne doivent pas seulement reconnaître l'existence des troubles concomitants mais doivent également **mettre en œuvre des réponses cohérentes permettant de traiter les troubles de santé mentale en lien avec les problèmes de toxicomanie.**
- La dépénalisation et la décriminalisation *de facto* tendent à soutenir une approche de santé publique. Néanmoins, à elles seules, elles ne suffisent pas à garantir une telle approche. **Il est donc impératif que les stratégies intègrent dans tous les cas un système qui permette de mieux guider l'individu souffrant de toxicomanie vers les systèmes de traitements adaptés.**
- Les **stratégies doivent reconnaître le lien étroit entre la consommation de substances licites (alcool et tabac) et de drogues illicites**, particulièrement les facteurs de risque et de protection communs.

Relatives à la réduction de la criminalité

- Il est important que les **stratégies prennent en considération le fait que différents types de drogues vont engendrer différents types de criminalité**. De ce fait, les interventions doivent être ajustées en conséquence.
- Considérant que le traitement contribue notablement à réduire la criminalité associée aux drogues, les **stratégies devraient considérer de faciliter l'accès aux traitements pour toutes les personnes souffrant de toxicomanie**.
- Considérant le lien étroit entre la criminalité liée aux drogues et la dépendance d'un individu, **les stratégies devraient inclure des alternatives à l'emprisonnement afin de traiter les causes sous-jacentes de l'infraction**.
- Comme la recherche indique que le traitement à l'héroïne pharmaceutique ont une incidence positive considérable sur la réduction de la criminalité liée aux drogues, les stratégies devraient considérer d'inclure ce type de traitement.
- Dans le même esprit, **les salles d'injection supervisées permettent de diminuer significativement le sentiment d'insécurité et les troubles à l'ordre public dans les secteurs** où elles sont établies.

Relatives à la prévention de la consommation

Gardant à l'esprit que la prévention de la consommation permet de réduire la criminalité associée aux drogues, les stratégies devraient mettre un accent particulier sur :

- **Les interventions réalisées par et pour les communautés**. En effet, les interventions communautaires permettent un changement systémique et holistique des facteurs influençant la consommation.
- **Les interventions auprès des familles et particulièrement celles avec des enfants en bas âge**. Comme souligné dans ce rapport, la famille représente un des facteurs de risque et de protection les plus importants en matière de consommation de substances illicites.
- **Les interventions scolaires intégrées dans un cadre plus large**. Ainsi, une intervention en milieu scolaire devrait être entreprise en collaboration avec d'autres interventions (communautaires, avec les parents, les forces de l'ordre, entre autres). En effet, une intervention scolaire ne se centre que sur l'individu portant peu d'attention à son environnement, ce qui limite sa portée.

Relatives aux jeunes

- Nous recommandons l'application des critères mentionnés dans ce rapport relatif aux jeunes, à savoir que les programmes fructueux incluent :
 - Des approches inclusives réduisant la marginalisation des jeunes,
 - Des approches participatives,
 - Des stratégies multisectorielles intégrées,
 - Des stratégies équilibrées incluant des interventions précoces, sociales, des programmes éducatifs, des approches réparatrices et de contrôle de la criminalité,
 - Des stratégies et des programmes adaptés aux besoins spécifiques des groupes à risques,
 - Des approches qui respectent les droits des enfants et des jeunes.
- Les stratégies **devraient favoriser la participation des jeunes** non seulement au niveau de la mise en œuvre des initiatives mais également au niveau de l'élaboration de la stratégie même.
- Les stratégies devraient considérer l'importance de **former tous les professionnels étant en contact avec les jeunes dans leur travail quotidien** (non seulement les enseignants mais également le reste du personnel scolaire, le personnel médical et la police, entre autres) afin de repérer une situation de risque et d'être en mesure d'intervenir adéquatement auprès d'eux.
- Les stratégies devraient prévoir des **interventions qui fournissent une information neutre et sans jugement** afin que les jeunes puissent prendre des décisions éclairées. En parallèle, des programmes permettant de **renforcer les compétences sociales des jeunes**, par exemple la résistance à la pression des pairs, devraient être mis en œuvre.

Addiction Suisse. (2013, janvier). Prévention des dépendances centrée sur la personne. Addiction Suisse. Consulté à l'adresse http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Prevention_centree_personne.pdf

ADEPIS. (2015). Consulté à l'adresse <http://mentor-adepis.org/about-us/>

Aebi, M. F., Ribeaud, D., & Killias, M. (1999). Prescription médicale de stupéfiants et délinquance: Résultats des essais suisses. *Criminologie*, 32(2), 127. <http://doi.org/10.7202/004707ar>

Al Kurdi, C., Carrasco, K., & Savary, J.-F. (2010). *Intervention précoce: accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité*. Yverdon-les-bains: GREA.

Al Kurdi, C., & Savary, J.-F. (s. d.). Arguments en faveur de la révision partielle de la Loi sur les Stupéfiants (LStup): N° 3 - COÛTS. Consulté à l'adresse http://www.lstup.ch/pdf/argumentaires_lstup/3lstup.pdf

Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I., ... Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 257-264. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.012>

Atkinson, A., Anderson, Z., Hughes, K., Bellis, M. A., Sumnall, H., & Syed, Q. (2009). *Interpersonal violence and illicit drugs*. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.

Australian Government. (2011). The National Drug Strategy 2010-2015 [Government]. Consulté 6 mai 2015, à l'adresse <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/consult>

Australian Government Department of Health. (2014). National Drugs Campaign. Consulté à l'adresse

<http://www.drugs.health.gov.au/internet/drugs/publishing.nsf/content/campaign3>

Australian Health Disaster Management Policy Committee, Australia, & Department of Health and Ageing. (2009). *Fourth national mental health plan an agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*. Canberra, A.C.T.: Dept. of Health and Ageing. Consulté à l'adresse <http://www.health.gov.au>

Barros, P. P., Machado, S. R., & Simoes, J. de A. (2011). Portugal - Health System Review. *Health System in Transition*, 13(4). Consulté à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf

Baskin-Sommers, A., & Sommers, I. (2006). Methamphetamine use and violence among young adults. *Journal of Criminal Justice*, 34(6), 661-674. <http://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2006.09.019>

Bewley-Taylor, D., & Jelsma, M. (2012). *The UN drug control conventions: The Limits of Latitude* (No. 18). Amsterdam/London: IDPC.

Bey, T., & Patel, A. (2007). Phencyclidine Intoxication and Adverse Effects: A Clinical and Pharmacological Review of an Illicit Drug. *The California Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 9-14.

Boekhout van Solinge, T. (2004). *Dealing with drugs in Europe: an investigation of European drug control experiences: France, the Netherlands, and Sweden*. The Hague: Willem Pompe Institute for Criminal Law and Criminology in co-operation with BJU Legal Publishers.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607-615. <http://doi.org/10.1080/09540260701797753>

- CCLT. (2010). *Consolider nos forces: normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire*. Ottawa, Ont.: CCLT. Consulté à l'adresse <http://site.ebrary.com/id/10418519>
- CCLT. (2013). L'importance d'investir dans la prévention chez les jeunes. CCLT.
- CCLT. (2014a). Les normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes: Un aperçu. CCLT. Consulté à l'adresse <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2014-CCSA-Canadian-Standards-Youth-Substance-Abuse-Prevention-Overview-fr.pdf>
- CCLT. (2014b). Santé mentale et abus de substances. Consulté 6 mars 2015, à l'adresse <http://www.ccsa.ca/Fra/topics/Mental-Health-and-Substance-Abuse/Pages/default.aspx>
- CIPC. (2010). *Prévention de la criminalité et sécurité quotidienne: tendances et perspectives: rapport international*. Montréal: Centre international pour la prévention de la criminalité.
- CIPC. (2012). *Rapport international sur la prévention de la criminalité et la sécurité quotidienne 2012*. Montréal: Centre International pour la prévention de la criminalité.
- Consortium international sur les politiques des drogues. (2012). *Guide sur les politiques des drogues*. Open Society Foundations. Consulté à l'adresse https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide-2nd-Edition_French.pdf
- Corman, H., & Mocan, H. N. (1996). A Time-Serie Analysis of Crime and Drug-Use in New York City. *NBER Working Paper Series*, (5463).
- Council on Drug Abuse. (s. d.). How does youth engagement prevent our youth from abusing drugs? Consulté 10 juin 2015, à l'adresse <http://www.drugabuse.ca/how-does-youth-engagement-prevent-our-youth-abusing-drugs-0>
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.

- Cuijpers, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 10(1), 7-20. <http://doi.org/10.1080/0968763021000018900>
- D.A.R.E. (s. d.-a). About. Consulté 8 juin 2015, à l'adresse <http://www.dare.org/about-d-a-r-e/>
- D.A.R.E. (s. d.-b). Starting a D.A.R.E. Program. Consulté 17 mars 2015, à l'adresse <http://www.dare.org/starting-a-dare-program/>
- Department of Health. (2014). *Drug and alcohol recovery pilots: Lessons learnt from drugs and alcohol payment by results pilot*. London.
- Diamond, S., Schensul, J. J., Snyder, L. B., Bermudez, A., D'Alessandro, N., & Morgan, D. S. (2009). Building Xperience: A Multilevel Alcohol and Drug Prevention Intervention. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 292-312. <http://doi.org/10.1007/s10464-009-9230-3>
- Division de l'évaluation, Bureau de la gestion de la planification stratégique et du rendement. (2012). *Stratégie nationale antidrogue - Évaluation: Rapport final*.
- Domosławski, A. (2012). *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. New York: Open Society Foundations.
- Douglas, B., Wodak, A., & McDonald, D. (2012). *Alternatives to Prohibition: Illicit Drugs: how We Can Stop Killing and Criminalising Young Australians*. Australia 21 Limited. Consulté à l'adresse <http://canadianharmreduction.com/node/2343>
- Drug and Alcohol Services South Australia. (2011). *South Australian alcohol and other drugs strategy 2011-2016*. Parkside, S. Aust.: Drug and Alcohol Services South Australia.
- Drug Info Clearinghouse. (2002, septembre). Drug Prevention in the family.
- Drugnet Europe. (2011). Finland and the UK respond to emerging substances. Consulté 7 juin 2015, à l'adresse <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugnet/online/2011/76/article13>

Drug Policy Alliance. (s. d.). Approaches to Decriminalizing Drug Use and Possession | Drug Policy

Alliance. Consulté 9 juin 2015, à l'adresse
<http://www.drugpolicy.org/resource/approaches-decriminalizing-drug-use-and-possession>

Dusenbury, L. (2000). Family-Based Drug Abuse Prevention Programs: A Review. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4).

EMCDDA. (2013a). Can mass media campaigns prevent young people from using drugs? [Government]. Consulté 5 juin 2015, à l'adresse
<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/mass-media-campaigns>

EMCDDA. (2013b). *United Kingdom drug situation: Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*.

EMCDDA. (2015). FRANK-Drug Awareness Campaign Summary. Consulté à l'adresse
http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=6117#

EMCDDA. (s. d.-a). Country Legal Profiles - The Netherlands [NGO]. Consulté 5 mai 2015, à l'adresse
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=NL>

EMCDDA. (s. d.-b). Harm reduction overview for Netherlands [ONG]. Consulté 1 mars 2015, à l'adresse <http://www.emcdda.europa.eu/country-data/harm-reduction/Netherlands>

EMCDDA. (s. d.-c). Harm reduction overview for Portugal [ONG]. Consulté 12 mai 2015, à l'adresse
<http://www.emcdda.europa.eu/country-data/harm-reduction/Portugal>

ETHZ. (2007, mai). L'économie de la drogue sur l'angle de la politique de sécurité. Daniel Möckli.

Evaluation Directorate, & Health Canada and the Public Health Agency of Canada. (2013).

Evaluation of the Drug Treatment Funding Program. Ottawa: Evaluation Directorate Health Canada and the Public Health Agency of Canada.

Evans-Brown, M., Gallegos, A., Francis, W., Christie, R., Cunningham, A., Sekula, J., ... European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *New psychoactive substances in Europe an update from the EU Early Warning System, March 2015*. Luxembourg: Publications Office. Consulté à l'adresse <http://dx.publications.europa.eu/10.2810/372415>

FESU. (2014). Practice sheet - Safety Houses, The Netherlands. Consulté à l'adresse http://cep-probation.org/uploaded_files/Efus%20Practice%20-%20Safety%20houses%202014%20.pdf

Fischer, B., Jeffries, V., Hall, W., Room, R., Goldner, E., & Rehm, J. (2011). Lower Risk Cannabis Use Guidelines for Canada (LRCUG): A Narrative Review of Evidence and Recommendations. *Canadian Journal of Public Health, 102*(5), 324-327.

Fitzgerald, J., Burgess, M., & Snowball, L. (2010). Trends in property and illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross: an update. *Crime and Justice Statistics, 51*, 1-6.

Gizzi, M. C., & Gerkin, P. (2010). Methamphetamine Use and Criminal Behavior. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 54*(6), 915-936. <http://doi.org/10.1177/0306624X09351825>

Golub, A., & Johnson, B. D. (2001). Variation in youthful risks of progression from alcohol and tobacco to marijuana and to hard drugs across generations. *American Journal of Public Health, 91*(2), 225-232.

Gouvernement du Canada, M. de la J. (2013, avril 12). Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Consulté 19 février 2015, à l'adresse <http://www.justice.gc.ca/fra/fina-fund/gouv-gov/ttt-dtc.html>

Gowing, L., Ali, R., Dunlop, A., & Farrel, M. (2014). *National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence*. Consulté à l'adresse [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/AD14DA97D8EE00E8CA257CD1001E0E5D/\\$File/National_Guidelines_2014.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/AD14DA97D8EE00E8CA257CD1001E0E5D/$File/National_Guidelines_2014.pdf)

GRC. (2010, janvier 4). Section de lutte contre les drogues synthétiques. Consulté 23 février 2015, à l'adresse http://www.rcmp-grc.gc.ca/nb/prog_services/fed_pol-operations_fed/drug-droque/syntheti-fra.htm

GREa. (s. d.). Salles de consommation. Consulté à l'adresse http://www.lstup.ch/pdf/Salles_consommation.pdf

Great Britain Home Office. (2010). *Drug Strategy 2010 Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery*. United Kingdom.

Hamilton. (2010). *Monitoring and Evaluation on Family Intervention Projects to March 2010*. (Statistical Release). Department for Education.

Hawthorne, G. (2001). Drug education: myth and reality. *Drug and Alcohol Review*, 20, 111-119.

Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Luxembourg: Tim Rhodes et Dagmar Hedrich.

HM Government. (2010). *Drug Strategy 2010. Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life*.

HM Government. (2013). *Drug Strategy 2010 Evaluation Framework-evaluating costs and benefits*.

HM Government. (2015). *Drug Strategy 2010 « A Balanced Approach » Third Annual Review*.

Home Office. (2011). *Drug Interventions Programme: Operational Handbook*. London: Home Office.

Home Office. (2014). *Drugs: International Comparators*. London: Home Office.

Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., Piesse, A., & Kalton, G. (2008). Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on Youths. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2229-2236. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2007.125849>

Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022. <http://doi.org/10.1093/bjc/azq038>

IDPC. (2012a). *Drug Policy Guide*. London: IDPC.

IDPC. (2012b). *Guide sur les politiques des drogues*. Londres: IDPC.

infodrog. (s. d.). supra-f: un programme destiné aux jeunes vulnérables. Consulté à l'adresse <http://www.infodrog.ch/index.php/supraf.html>

infodrog, & GREa. (2009). *La réduction des risques*. Yverdon-les-bains: infodrog et GREa.

Insulza, J. M. (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. Washington: Organización de los Estados Americanos.

International Drug Policy Consortium. (2014). Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) sur la drogue de 2016. Consulté 20 mai 2015, à l'adresse <http://idpc.net/fr/incidence-politique/session-extraordinaire-de-l-assemblee-generale-des-nations-unies-ungass-sur-la-droque-de-2016>

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2015). *Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2014: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor, Michigan: Institute of Social Research, University of

- Michigan. Consulté à l'adresse
<http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2014.pdf>
- Jones, L., Sumnall, H., Witty, K., Wareing, M., McVeigh, J., & Bellis, M. A. (2006). *A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University. Consulté à l'adresse <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/nice.pdf>
- Kanof, M. E. (2003). *Youth Illicit Drug Use Prevention: DARE Long-Term Evaluations and Federal Efforts To Identify Effective Programs*. Washington, DC: General Accounting Office.
- Kirby, T., & Barry, A. E. (2012). Alcohol as a gateway drug: a study of US 12th graders. *The Journal of School Health*, 82(8), 371-379. <http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2012.00712.x>
- Koopmans, F. S. L. (2011). Going Dutch, Recent drug policy developments in the Netherlands. *Journal on Global Drug Policy and Practice*, p. 10.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *Substance Use & Misuse*, 38(11-13), 1759-1787. <http://doi.org/10.1081/JA-120024240>
- Lancaster, Ritter, Matthew-Simmons. (2013). *Young people's opinions on alcohol and other drugs issues*. Australian National Council on Drugs.
- Lee, R. (2012). Community Violence Exposure and Adolescent Substance Use: Does Monitoring and Positive Parenting Moderate Risks in Urban Communities? *Journal of Community Psychology*, 40(4), 406-421.
- MacCoun, R., Kilmer, B., & Reuter, P. (2003). Research on Drugs-Crime Linkages: The Next Generation. In *Toward a drugs and crime research agenda for the 21st century*. Washington, DC: Office of Justice Programs.

- Malmberg, M., Overbeek, G., Kleinjan, M., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., ... Engels, R. C. (2010). Effectiveness of the universal prevention program « Healthy School and Drugs »: study protocol of a randomized clustered trial. *BMC Public Health*, 10, 541. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-541>
- Markowitz, S. (2005). Alcohol, Drugs and Violent Crime. *International Review of Law and Economics*, 25(1), 20-44. <http://doi.org/10.1016/j.irle.2005.05.003>
- McDonald, David. (2011). What are the likely costs and benefits of a change in Australia's current policy on illicit drugs? A background paper for an Australia 21 Roundtable. Canberra.
- McNaughton Reyes, H. L., Foshee, V. A., Bauer, D. J., & Ennett, S. T. (2014). Proximal and time-varying effects of cigarette, alcohol, marijuana and other hard drug use on adolescent dating aggression. *Journal of Adolescence*, (37), 281-289.
- Miller, S., Miller, M., Siggins, I., Hall, W., Bush, B., McDonald, D., ... Ho, B. (2009). Evaluation and monitoring of the National Drug Strategy 2004-2009: Final report. *Canberra: Commonwealth of Australia*.
- Ministère de la Justice. (2015, février 1). Initiatives horizontales - 2015-2016 Rapport sur les plans et les priorités – Tableaux de renseignements supplémentaires. Consulté 1 juin 2015, à l'adresse http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/pm-cp/rpp/2015_2016/supp/ih-hi.html
- Ministère de la Justice - Gouvernement du Canad. (2015). Rapport sur les plans et les priorités 2014-2015: Tableaux de renseignements supplémentaires [Gouvernement]. Consulté 8 juin 2015, à l'adresse http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/pm-cp/rpp/2014_2015/supp/ih-hi.html
- Ministerial Council on Drug Strategy. (2004). *The National Drug Strategy: Australia's Integrated Framework: 2004-2009*. [Canberra]: Ministerial Council on Drug Strategy. Consulté à l'adresse

- [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/5EAED77A78166EB5CA2575B4001353A4/\\$File/framework0409.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/5EAED77A78166EB5CA2575B4001353A4/$File/framework0409.pdf)
- Ministerial Council on Drug Strategy. (2011). National Drug Strategy 2010-2015. A framework for action on alcohol, tobacco and other drugs.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2008, mars 27). Drug situation 2007 - the Netherlands | Research and Documentation Centre (WODC) [webpagina]. Consulté 5 mai 2015, à l'adresse <https://english.wodc.nl/onderzoeksdatabase/bijdrage-national-report-emcdda-2007.aspx>
- Ministerie van Volksgezondheid, W. en S. (2009, septembre 14). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Webpagina]. Consulté 5 mai 2015, à l'adresse <http://www.cannabisbureau.nl/en/exemptionsopiumact/opiumact/>
- Ministre de la Justice. Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, Pub. L. No. L.C. 2002, ch. 1 (2002). Consulté à l'adresse <http://lois-laws.justice.gc.ca>
- Moore, T., Stuart, G., Meehan, J., Rhatigan, D., Hellmuth, J., & Keen, S. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247-274. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.003>
- Murkin, G. (2014). Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight. Consulté à l'adresse <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
- Nadelmann, E. (2015, avril 7). Revenue and Economic Development Committee Hearing on Senate Bill No. 275: Testimony of Ethan Nadelmann, Executive Director, Drug Policy Alliance.
- National Crime Prevention Centre (Canada). (2008). *Promising and model crime prevention programs*. Ottawa: National Crime Prevention Centre: Public Safety Canada [distributeur].

National Institute of Justice. (s. d.). Hawaii Opportunity Probation with Enforcement (HOPE).

Consulté 26 mars 2015, à l'adresse

National Institute on Drug Abuse. (2014, janvier). Nationwide Trends. Consulté 12 mars 2015, à

l'adresse <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/nationwide-trends>

Nations Unies, & Office contre la drogue et le crime. (2003). *Guide pour l'élaboration et l'amélioration de programmes participatifs de prévention de l'abus des drogues chez les jeunes: vade-mecum pour le développement et le perfectionnement*. New York: Nations Unies.

Nations Unies, & ONUDC. (2008). *Rapport mondial sur les drogues 2008*. Vienne: ONUDC.

NIDA. (2014). Monitoring the Future Survey, Overview of Findings 2014 [Government]. Consulté

29 mai 2015, à l'adresse <http://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/monitoring-future/monitoring-future-survey-overview-findings-2014>

NTA-NHS. (2009). *Breaking the link. The role of drug treatment in tackling crime*. National Treatment Agency for Substance Misuse - National Health Service.

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, p. 1047-53. Bristol.

OEDT. (2013a). Prevention interventions for families. Consulté 24 mars 2015, à l'adresse <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/prevention/families>

OEDT. (2013b). Prevention interventions for the general population. Consulté à l'adresse <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/prevention/general-population#Wakefield2010>

OEDT. (s. d.). Netherlands. Consulté 21 mai 2015, à l'adresse <http://www.emcdda.europa.eu/countries/national-drug-strategies/netherlands>

Office of Crime Statistics. (2007). *Youth CARDS Final Evaluation Report*. Adelaide: South Australian

Department of Justice. Consulté à l'adresse
[http://www.ocsar.sa.gov.au/docs/evaluation_reports/YouthCARDSFinalEvaluationReport.p
df](http://www.ocsar.sa.gov.au/docs/evaluation_reports/YouthCARDSFinalEvaluationReport.pdf)

Office of National Drug Control Policy. (2014). *National Drug Control Strategy*. Washington.

Office of the United States Attorneys. (2014, décembre 4). Anti-Violence Strategy [Government].

Consulté 1 mars 2015, à l'adresse [http://www.justice.gov/usao/priority-areas/violent-
crime-prevention/anti-violence-strategy](http://www.justice.gov/usao/priority-areas/violent-crime-prevention/anti-violence-strategy)

OFSP. (2006). *La politique suisse en matière de drogue: Troisième programme de mesures de la
Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011*. Berne:
OFSP.

OFSP. (2012). Plan d'action ProMeDro III 2012-2016: Troisième programme de mesures de la
Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue. OFSP.

OFSP. (s. d.-a). Diversité. Consulté 5 mai 2015, à l'adresse
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00638/index.html?lang=fr>

OFSP. (s. d.-b). éducation et santé (é + s). Consulté 15 avril 2015, à l'adresse
<http://www.bag.admin.ch/jugendprogramme/12045/index.html?lang=fr>

OFSP. (s. d.-c). Politique des quatre piliers. Consulté 22 mai 2015, à l'adresse
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/index.html?lang=fr>

OFSP. (s. d.-d). Traitement avec prescription de diacétylmorphine (héroïne) [OFSP]. Consulté 24
avril 2015, à l'adresse
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00799/index.html?lang=fr>

ONDCP. (s. d.-a). About the Campagin [Government]. Consulté 1 mars 2015, à l'adresse
www.whitehouse.gov/ondcp/about-anti-drug-media-campaign

ONDCP. (s. d.-b). Authorizations Language [Government]. Consulté 1 mars 2015, à l'adresse
<https://www.whitehouse.gov/ondcp/authorization-language>

ONU DC. (2010). *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment - Discussion paper*. New York: ONU DC.

ONU DC. (2011). *Principes directeurs applicables à la prévention du crime: manuel d'application pratique*. New York: Nations Unies.

ONU DC. (2013a). International Standards on Drug Prevention. ONU DC. Consulté à l'adresse
http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf

ONU DC. (2013b). International Standards on Drug Use Prevention. Consulté à l'adresse
<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

ONU DC. (2014). Drug Policy Provisions from the International Drug Control Conventions. Consulté
à l'adresse
http://www.unodc.org/documents/hlr/Drug_policy_provisions_from_the_international_drug_control_Conventions.pdf

ONU DC. (s. d.). The 1912 Hague International Opium Convention. Consulté 12 mai 2015, à
l'adresse <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/the-1912-hague-international-opium-convention.html>

Organe international de contrôle des stupéfiants. (2014). Liste des substances psychotropes
placées sous contrôle international. Consulté à l'adresse
http://www.incb.org/documents/Psychotropics/green_lists/Green_list_FRE_2014_85223_GHB.pdf

Palmgreen, P., & Donohew, L. (2006). Effective Mass Media Strategies for Drug Abuse Prevention Campaigns. In *Handbook of Drug Abuse Prevention*. New York: Zili Sloboda, William J. Bukoski.

- Payne, J., Kwiatkowski, M., & Wundersitz, J. (2008). *Police drug diversion: A study of criminal offending outcomes*. Australian Institute of Criminology AIC Reports Research and Public Policy Series No. 97. Canberra. Consulté à l'adresse <http://www.ncjrs.gov/App/abstractdb/AbstractDBDetails.aspx?id=246652>
- Police Drug Diversion Initiative (PDDI). (s. d.). [Government]. Consulté à l'adresse <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/Public+Content/SA+Health+Internet/Clinical+resources/Clinical+programs/Drug+and+alcohol+programs/Police+Drug+Diversion+Initiative+PDDI>
- Policia segurança publica. (s. d.). Programa Escola Segura. Consulté à l'adresse <http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/escolasegura.aspx?menu=4>
- Portail Santé Montréal. (s. d.). Services d'injection supervisée [Government]. Consulté 7 juin 2015, à l'adresse <http://www.santemontreal.qc.ca/aide-et-services/servicespartheme/dependances-alcool-drogues-et-jeu/services-dinjection-supervisee/#c5004>
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 53-72.
- Principes de Francfort sur l'application de la loi sur les drogues. (2013). Présenté à International Conference on Drug Policy and Policing, Francfort-sur-le-Main, Allemagne. Consulté à l'adresse http://www.grea.ch/sites/default/files/principes_francfort.pdf
- Pudney, S. (2002). *The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain*. Consulté à l'adresse <http://ukcia.org/research/TheRoadToRuin.pdf>
- RADIX. (s. d.). RADIX Communes en santé: La qualité de vie, un atout sur le plan local. Consulté 22 avril 2015, à l'adresse <http://www.radix.ch/Communes-en-sante/PuclK/>

- Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet*, 358, 1417-23.
- Rigter, H. (2006). What drug policies cost. Drug policy spending in the Netherlands in 2003. *Addiction*, 101(3), 323-329. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01337.x>
- Ritter, Alison, Lancaster, Kari, & Grech, Katrina. (2011). *An Assessment of Illicit Drug Policy in Australia (1985 to 2010): Themes and Trends*. NDARC.
- Russoniello, K. (2012). The Devil (and Drugs) in the Details: Portugal's Focus on Public Health as a Model for Decriminalization of Drugs in Mexico. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 12(2).
- Sanders, M. R. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive Behaviors*, 25(6), 929-942. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00128-3](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00128-3)
- Sanfaçon, D., Barchechat, O., Lopez, D., & Valade, C. (2005). *Drogues et dommages sociaux: Revue de littérature internationale*. Montréal: Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- Santé Canada. (2014, avril 8). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues: Sommaire des résultats pour 2012 - Santé Canada [statistiques]. Consulté 13 mai 2015, à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/_2012/summary-sommaire-fra.php
- Savary, J.-F. (2007). *La politique suisse en matière de drogues: Le modèle des 4 piliers, historique et perspectives*. Yverdon-les-bains: ARTIAS. Consulté à l'adresse http://www.artias.ch/wp-content/uploads/2010/11/Dossier_fevrier_2007.pdf

Sécurité Publique Canada. (2008). *Nouveau positionnement et programmes de financement du Centre national de prévention du crime*. Présenté à Journées de formation en prévention de la criminalité du ministère de la Sécurité publique du Québec.

Sécurité publique canada. (2014, mars 4). Drogues illicites. Consulté 23 février 2015, à l'adresse <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/cntrng-crm/llct-drgs/index-fra.aspx>

Shaw, M. (2007). *Comparative Approaches to Urban Crime Prevention Focusing on Youth*. Montreal: International Centre for the Prevention of Crime.

Shaw, M., & Travers, K. (2007). *Stratégies et meilleures pratiques de prévention du crime en ce qui a trait à la délinquance urbaine et aux jeunes à risque compte rendu du séminaire tenu dans le cadre du 11e Congrès des Nations Unies sur la prévention du crime et la justice pénale: Bangkok, Thaïlande, 18 au 25 avril 2005*. Montréal, Que.: Centre International pour la prévention de la criminalité.

SICAD. (2013). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências.

SICAD. (s. d.). SICAD - Governo de Portugal. Consulté à l'adresse <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Sinha, J. (2001). L'historique et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants. Consulté 12 mai 2015, à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/history-f.htm#C>. Les Conventions de l'opium de Genève (1925)

Skinner, W. J. W., & Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2011). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale guide d'information*. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale = Centre for Addiction and Mental Health.

South Australia Health Services. (s. d.). Aboriginal drug and alcohol services and programs [Government]. Consulté 6 mai 2015, à l'adresse

- <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+services/drug+and+alcohol+services/aboriginal+services+and+programs>
- Stancombe Research and Planning. (2012). *Quantitative Research Report: Department of Health and Ageing Phase Five (2011-2012) of the National Drugs Campaign*.
- Statistique Canada. (2014, juillet 23). Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2013. Consulté 1 juin 2015, à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2014001/article/14040-fra.htm>
- Stevens, A., Trace, M., & Bewley-Taylor, D. (2005). *Reducing Drug Related Crime: An Overview of the Global Evidence*. Consulté à l'adresse <http://reformdrugpolicy.com/wp-content/uploads/2011/09/reportfive1.pdf>
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., & Linkh, D. (2006). Implementing Community-Based Prevention Programming: A Review of the Literature. *The Journal of Primary Prevention*, 27(6), 599-617. <http://doi.org/10.1007/s10935-006-0062-8>
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatments*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Surgeon General. (s. d.). National Prevention Strategy. Consulté 1 mars 2015, à l'adresse <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/>
- Sutherland, R., Sindicich, N., Barrett, E., Whittaker, E., Peacock, A., Hickey, S., & Burns, L. (2015). Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs. *Addictive Behaviors*, 45, 207-213. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.034>
- The National Council on Alcoholism and Drug Dependence. (s. d.). Drugs and Crime. Consulté 10 février 2015, à l'adresse <https://ncadd.org/learn-about-drugs/drugs-and-crime>

Trimbos Institute. (2003, 2009). Publicity, implementation and maintenance of COPMI/COAP materials. Consulté 15 avril 2015, à l'adresse <http://www.trimbos.org/projects/e-health/publicity-and-implementation-copmi---coap-material>

Trimbos Institute. (2009). *Focus on Mental Health*. Utrecht. Consulté à l'adresse <http://www.trimbos.org/~media/English%20site/Trimbos%20brochure%20EN%20totaal.ashx>

Trimbos Instituut, & Research and Documentation Centre (WODC), Ministry of Security and Justice. (2009). *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - The Netherlands Drug Situation 2009* (p. 185). Utrecht. Consulté à l'adresse <http://www.trimbos.nl/~media/files/gratis%20downloads/af1367%20the%20netherlands%20drug%20situation%202014%20a4-web.ashx>

Trimbos Instituut, & Research and Documentation Centre (WODC), Ministry of Security and Justice. (2014). *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - The Netherlands Drug Situation 2013* (No. AF1367) (p. 184). Utrecht. Consulté à l'adresse <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/alcohol-en-drugs/af/~media/files/gratis%20downloads/af1268%20report%20to%20the%20emcdda%202013.ashx>

Trimbos-Instituut, & WODC. (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht: Trimbos-Instituut [u.a.].

UNDP. (2015, mars). Perspectives on the Development Dimensions of Drug Control Policy.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World drug report 2014*. Vienna.

UNODC. (2008). *Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement*. Vienne: UNODC.

- Van den Brink, V., M Hendriks, V., Blanken, P., W J Koeter, M., van Zwieten, B. J., & van Ree, J. M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327, 310-316.
- Van Ooyen-Houben, M. M. J. (2008). Usage de substances illicites et politique néerlandaise en matière de drogues : vue d'ensemble et évaluation exploratoire. *Déviance et Société*, 32(3), 325. <http://doi.org/10.3917/ds.323.0325>
- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). Into the World of Illegal Drug Use: Exposure Opportunity and Other Mechanisms Linking the Use of Alcohol, Tobacco, Marijuana, and Cocaine. *American Journal of Epidemiology*, 155(10), 918-925. <http://doi.org/10.1093/aje/155.10.918>
- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010a). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376(9748), 1261-1271. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010b). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
- World Bank Institute. (s. d.-a). Introduction to crime and violence prevention. In *Urban Crime and Violence Prevention*. Washington.
- World Bank Institute. (s. d.-b). Introduction to Crime and Violence Prevention. In *Urban Crime and Violence Prevention* (World Bank Institute). Washington: World Bank Institute.
- Yeh, B. T. (2015). *Drug Offenses: Maximum Fines and Terms of Imprisonment for Violation of the Federal Controlled Substances Act and Related Laws*. Congressional research service. Consulté à l'adresse <https://www.fas.org/sgp/crs/misc/RL30722.pdf>