



NATIONS UNIES
Office contre la drogue et le crime



Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes

Guide pour l'élaboration de
politiques et de programmes

OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME
Vienne

Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes

Guide pour l'élaboration de politiques et de programmes



NATIONS UNIES
New York, 2007

Note

Le présent document ne reflète pas nécessairement les politiques et les vues de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. La citation, la copie, la diffusion et l'utilisation à des fins non commerciales de tout ou partie de son contenu sont autorisées à condition toutefois qu'il soit fait mention de la source.

Les adresses et les liens vers des sites Internet mentionnés dans le présent document visent à faciliter la tâche du lecteur et sont exacts à la date de publication. L'Organisation des Nations Unies ne peut garantir qu'ils resteront valables dans l'avenir et décline toute responsabilité pour le contenu de sites Web externes.

Copyright© Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2006

PUBLICATION DES NATIONS UNIES

Numéro de vente: F.07.XI.7

ISBN 978-92-1-248156-2

Remerciements

Le présent document est le fruit des travaux de nombreuses personnes, qui ont apporté leurs contributions, leur expertise, leur temps et leur dévouement. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) tient à remercier en particulier:

- Gary Roberts, consultant de l'ONUDC, qui a étudié la littérature existante et rédigé un document d'information examiné ensuite par la réunion du Groupe d'experts sur les bonnes pratiques pour prévenir l'abus de stimulants de type amphétamine chez les jeunes. En se fondant sur les avis de ces experts, il a rédigé la présente publication, ainsi que le guide complémentaire intitulé *Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes: guide à l'intention des praticiens*;
- Les experts ci-après, qui ont participé à la réunion du Groupe d'experts tenue à Bangkok en décembre 2005 et qui ont mis leurs connaissances spécialisées et leur expérience au service de l'ONUDC, en examinant et en évaluant le document d'information et en fournissant des ressources, de la documentation et des exemples complémentaires.

Mark Bellis, Directeur
Centre for Public Health
Université John Moores de Liverpool
Liverpool
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Amador Calafat
Institut de recherches européen sur les facteurs de risque chez l'enfant et l'adolescent (IREFREA)
Espagne

Judy Davis, agent de santé publique
Community Solutions
Australie

Paul Dillon, chargé de relation avec les médias/Responsable de l'information
National Drug and Alcohol Research Centre
Université de Nouvelle-Galles du Sud
Australie

Leonardo Estacio, Président-Directeur général
Addictus
Philippines

Evelyn Galang, Directrice de programme
Kapatiran Komunidad People's Coalition
Philippines

Johanna Gripenberg
Projet Stockholm contre les problèmes d'alcool et de drogue
Institut Karolinska
Département de la santé publique
Suède

Cheryl Bodhaine Haigh
Fraser House Society
Colombie britannique
Canada

Kenneth Hallström, Directeur général
Lydmar Hotel
Suède

Susan Renee Kingston,
Drug Use and HIV Prevention Team
Public Health–Seattle & King County
États-Unis d'Amérique

Rachael Lloyd
Community Solutions
Australie

Angela Marshall, pharmacothérapeute
Fraser House Society
Colombie britannique
Canada

Margarita Ros, bénévole
IREFREA
Espagne

Luxica Uthatchan, jeune bénévole
Pure Hearts Club
Bangkok

Chotiros Utsahakit, analyste des politiques et de la planification
Office de l'Organe de contrôle des stupéfiants
Thaïlande

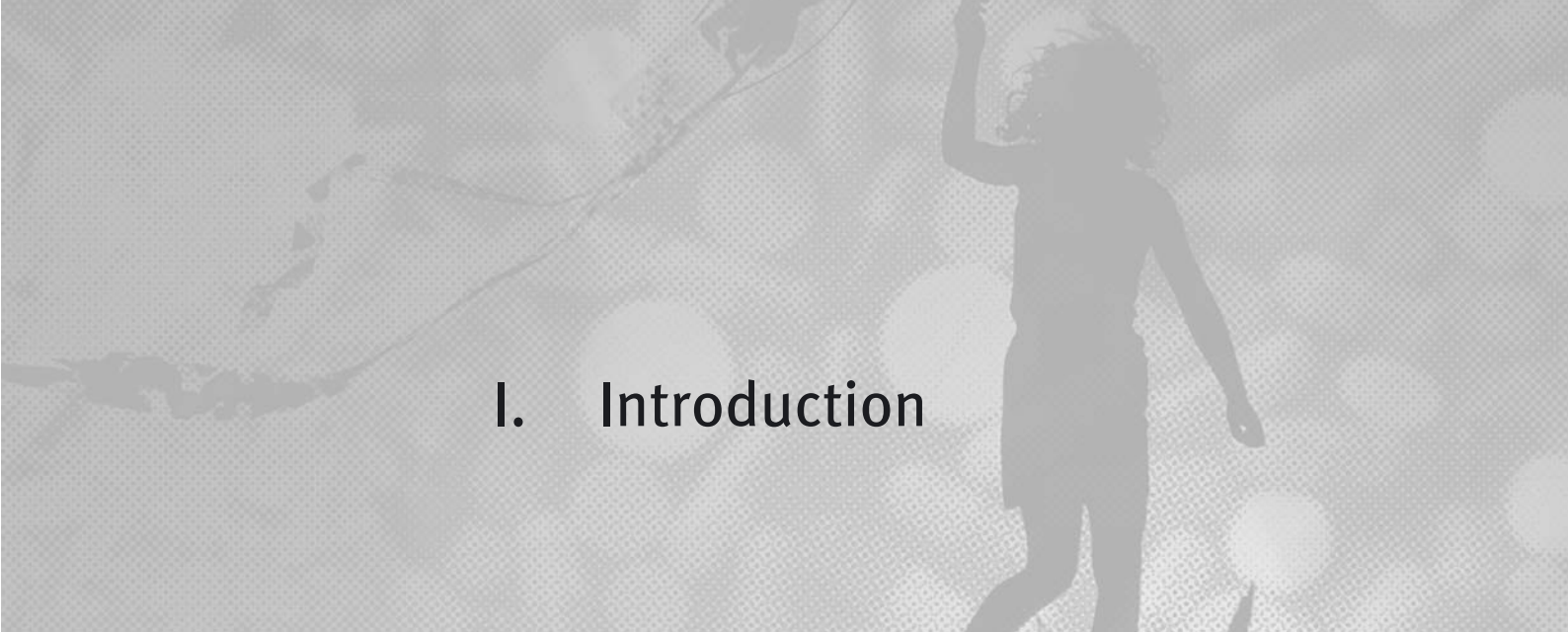
Kerry Woolfall, chercheuse dans le domaine de la consommation de substances
Centre for Public Health
Université John Moores de Liverpool
Liverpool
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

- Le personnel de la Section des défis mondiaux de l'ONUDC, notamment Gautam Babbar, qui a coordonné cette phase du projet intitulé GLO/H42 Good practices on preventing ATS abuse among young people (Bonnes pratiques pour prévenir l'abus de STA chez les jeunes), a facilité l'organisation de la réunion du Groupe d'experts et a finalisé la présente publication; Giovanna Campello pour la contribution de fond qu'elle a apportée durant tout le processus; et Kurian Maniyanipurathu, qui s'est chargé de la logistique de la réunion.

- Le personnel du Centre régional de l'ONU DC pour l'Asie de l'Est et le Pacifique, notamment Olivia Sylvania Inciong, Gerson Bergeth et Jeremy Douglas, pour leurs contributions de fond et leur soutien logistique très appréciés.

Table des matières

	<i>Pages</i>
I. Introduction	1
Que sont les stimulants de type amphétamine?	1
Pourquoi se préoccuper des STA?	1
Pourquoi mettre l'accent sur la prévention de la consommation de STA?	1
Description du guide	2
II. Les problèmes	3
Taux de consommation élevés	3
La consommation dans des groupes particuliers de population	4
Effets et dommages	6
Coûts économiques	8
III. La solution: les principes de prévention en matière de STA	9
Principe 1: Intégrer le plan de prévention de la consommation de STA à une stratégie plus large de lutte contre la drogue et aux politiques de développement des jeunes	9
Principe 2: Faire reposer le plan de prévention sur une bonne connaissance du problème de la consommation de STA et des ressources susceptibles d'être utilisées pour y répondre	10
Principe 3: Préciser les cibles de la prévention de la consommation de STA	10
Principe 4: Faire participer réellement le groupe de jeunes cible à la conception et à l'application des politiques et des programmes	11
Principe 5: S'efforcer d'apporter une réponse globale coordonnée	11
Principe 6: Choisir des programmes éprouvés ou prometteurs	12
Principe 7: Veiller à ce que les activités soient évaluées	16
Principe 8: Prêter attention à la mise en valeur des ressources humaines et aux capacités organisationnelles	17
IV. Conclusions	19
Annexe. Sources d'informations complémentaires	27



I. Introduction

Que sont les stimulants de type amphétamine?

Les stimulants de type amphétamine (ou STA) sont des drogues qui appartiennent à la catégorie des stimulants et qui, de ce fait, excitent ou accélèrent le système nerveux central.

Les STA les plus courants sont les amphétamines (qui comprennent la méthamphétamine) et l'ecstasy. Certaines de ces substances sont fabriquées par l'industrie pharmaceutique pour un usage médical limité, mais la plupart d'entre elles le sont à des fins non médicales par des laboratoires illicites.

Le méthylphénidate (Ritalin®), médicament stimulant destiné au traitement du syndrome d'hyperactivité avec trouble de l'attention (SHTA), est parfois utilisé à des fins non médicales.

Le présent guide se concentrera sur ces trois STA principaux: les amphétamines (comprenant la méthamphétamine), l'ecstasy et le méthylphénidate.

Pourquoi se préoccuper des STA?

Au cours des quinze dernières années, de nombreuses régions du monde — tant en développement que développées — ont connu une augmentation considérable de l'offre et de la consommation de STA, l'Amérique du Nord, l'Europe, l'Asie du Sud-Est et l'Australie ayant enregistré la hausse la plus importante. Sur 200 millions environ de consommateurs de drogues dans le monde, quelque 35 millions seraient des usagers de STA. Ce chiffre dépasse celui des consommateurs recensés de cocaïne (13 millions) et d'opiacés (16 millions) réunis [1].

Les STA peuvent avoir divers effets néfastes à court et à long terme sur les individus et font payer un lourd tribut aux familles et aux communautés dans le monde entier. Ils sont particulièrement préoccupants lorsqu'ils sont fumés ou injectés, car le risque d'abus et de dépendance est alors très élevé [2] et le risque de contracter des virus hématogènes, notamment le VIH, accru.

Pourquoi mettre l'accent sur la prévention de la consommation de STA?

Jusqu'à présent, l'attention portée aux STA s'est focalisée en grande partie sur la réduction de l'offre, la prévention des effets négatifs de l'abus de drogues sur la santé et sur la société et les mesures de traitement. Tous ces domaines d'activité sont certes importants, mais ils

ne peuvent avoir de réelle incidence sur la demande que s'ils sont soutenus par une politique de prévention efficace. Les mesures de réduction de l'offre de drogues illicites doivent faire partie intégrante de toute stratégie de lutte contre la drogue. Or, de nombreuses régions n'ont pas suffisamment de ressources à consacrer à ce type de mesures, dont on ignore encore si elles sont efficaces par rapport à leur coût. Le soutien à la recherche pour des traitements pharmaceutiques destinés aux consommateurs de STA reste limité. En fait, certaines régions n'ont même pas les capacités d'offrir un traitement quelconque. Les mesures visant à prévenir les conséquences négatives de l'abus de drogues sur la santé et la société sont fondées sur des données scientifiques raisonnables et sont bien établies dans certaines régions; dans d'autres, en revanche, elles suscitent des controverses.

Une stratégie générale de prévention en matière de drogue fournit une base et un cadre importants pour la prévention de la consommation de STA, mais ne saurait régler à elle seule le problème des STA. Dans de nombreuses régions et communautés, il est nécessaire d'accorder une attention toute particulière à ces substances en raison de leur prévalence, d'une culture de consommation à risque dont elles font l'objet dans certaines populations et des dommages considérables qu'elles provoquent.

À l'heure actuelle, les connaissances sur les moyens de prévenir ou de retarder la consommation de STA chez les jeunes sont insuffisantes. Dans toute population de jeunes, intégrés dans la société ou non, une grande partie des non-consommateurs ou des usagers expérimentaux de STA pourraient tirer parti des mesures et des messages encourageant la non-consommation. Le présent guide a été élaboré pour aider les décideurs à cibler ces jeunes dans leurs efforts de prévention.

Description du guide

Le présent guide est destiné aux personnes qui élaborent des politiques dans le domaine de la prévention de l'abus de drogues. Il vise donc avant tout à fournir des informations essentielles sur les raisons pour lesquelles il est crucial d'œuvrer à la prévention de l'abus de STA ainsi que sur les principes les plus importants pour y parvenir efficacement.

Pour élaborer ce guide, les meilleures données disponibles — issues de revues scientifiques, de sites Web publics ou d'autres sites fiables — ont été analysées puis ont servi de base à la rédaction d'un document d'information. Un groupe de praticiens et de chercheurs spécialisés s'est ensuite réuni pendant trois jours afin d'examiner ce document et faire des suggestions pour l'élaboration de deux guides: l'un destiné aux praticiens, l'autre aux décideurs. À la suite de cette réunion, les guides ont été rédigés, revus par les participants à la réunion et finalisés.

En résumé, la première partie du guide met en lumière les principaux problèmes liés à la consommation de STA ainsi que les différentes incidences que cette consommation peut avoir aux niveaux social, personnel et physiologique. La deuxième partie examine certains principes essentiels qu'il convient de garder à l'esprit lorsqu'on élabore des politiques et des programmes de prévention en matière de STA. Les auteurs ont veillé à illustrer chaque principe par des exemples concrets et à ce que les informations restent concises et pertinentes. Pour ceux que cela intéresse, les modalités de mise en application des principes et des approches présentés dans le présent guide sont examinées plus avant dans un guide complémentaire intitulé *Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes: guide à l'intention des praticiens*.

“Nous estimons que, dans l'immédiat, une vraie priorité est de répondre aux besoins de prévention des non-consommateurs ou des consommateurs occasionnels, car, en se focalisant toujours sur les consommateurs réguliers, nous construisons un discours portant exclusivement sur la consommation, comme si les autres jeunes, ceux qui ne consomment pas de drogues, n'existaient pas.”

— Calafat et al. (2001) [3]



II. Les problèmes

Taux de consommation élevés

Bien que le tableau soit encore très incomplet, notre compréhension du problème de la consommation de STA dans le monde est meilleure que jamais [4].

Dans l'ensemble, au cours des années 90, le taux de consommation des STA a augmenté davantage que celui de toute autre drogue au niveau mondial; il s'agit, après le cannabis, des substances illicites les plus fréquemment consommées chez les élèves du secondaire dans toutes les régions, sauf en Asie du Sud-Est où leur consommation est parmi les plus élevées au monde et pourrait dépasser celle du cannabis.

Plus de 12 millions d'Américains ont consommé de la méthamphétamine au cours de leur vie.

— United States National Synthetic Drugs Action Plan (2004) [5]

Les drogues qui posent problème varient selon les régions [4]:

- En Asie du Sud-Est, le taux de consommation de la méthamphétamine est la principale préoccupation liée aux STA.
- En Europe, l'ecstasy et l'amphétamine sont les plus problématiques.
- En Amérique du Nord comme en Australie, les inquiétudes se portent sur la méthamphétamine et l'ecstasy.
- L'usage non médical de médicaments prescrits contre le SHTA (Ritalin® et Adderall®) semble ne poser problème qu'en Amérique du Nord et en Australie.

Caractéristiques de la consommation chez les adolescents et les jeunes adultes:

- L'âge habituel de la première prise de STA n'est pas facile à déterminer et varie sans doute d'une région à l'autre, mais (là où des données existent) il semble se situer au milieu de l'adolescence [6] [7].
- Bien que les écarts entre sexes soient normalement faibles, et malgré quelques exceptions, dans l'ensemble le pourcentage de consommateurs de STA est généralement plus élevé chez les garçons [7] [8].
- L'usage varie manifestement selon l'âge: le taux de consommation de STA (comme de la plupart des autres substances) augmente toujours du début de l'adolescence au début de l'âge adulte [9] [10].
- Il y a moins d'informations disponibles sur la consommation de STA chez les élèves de régions en développement, mais les taux y sont apparemment plus faibles qu'en Australie, en Europe et en Amérique du Nord [11] [12] [13].

- Bien que la situation varie sans doute d'un pays à l'autre, la plupart des jeunes qui achèvent leur scolarité et adoptent un mode de vie conventionnel réduisent leur consommation de STA et d'autres substances [14] [15] [16] [17].

La consommation dans des groupes particuliers de population

Il est impossible d'identifier toutes les caractéristiques de la consommation de STA dans le monde, car beaucoup changent rapidement en raison de l'évolution des modes et des conditions locales. On sait toutefois que plusieurs groupes adoptent des conduites de consommation de STA à risque dans diverses régions.

Jeunes des rues et autres jeunes particulièrement vulnérables

Sont considérés comme particulièrement vulnérables, entre autres, les enfants qui travaillent, les jeunes qui sont réfugiés, handicapés, détenus ou placés dans des institutions, les jeunes des communautés autochtones et ceux qui ont été victimes d'abus sexuels. Ils vivent souvent dans la rue, hors de portée des services habituellement fournis à la population, et sont amenés à consommer des substances pour atténuer toute une série de problèmes allant de la gêne physique causée par le froid, la faim, le bruit et la surpopulation à la peur associée à des emplois à risque [18]. Les enfants des rues dans les régions en développement, par exemple, consomment de la méthamphétamine pour atténuer la souffrance causée par la faim.

Il est certes extrêmement difficile de déterminer le nombre de jeunes touchés ou les caractéristiques de leur consommation de substances, mais l'on dispose des données suivantes:

- Une étude de l'abus de drogues chez les enfants qui travaillent aux Philippines a révélé que la majorité de ceux âgés de 7 à 17 ans consommaient du "rugby" (colle) et du "shabu" (méthamphétamine) [20].
- Une étude sur les jeunes vulnérables (âgés de 12 à 24 ans) au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord a révélé que le risque d'usage de drogues augmentait proportionnellement à la vulnérabilité et que les amphétamines étaient la substance la plus fréquemment consommée [21].
- Une enquête menée en 2000 à Vancouver (Canada) sur un échantillon de jeunes des rues (âgés de 14 à 30 ans) a révélé que 71 % d'entre eux avaient consommé des STA à titre expérimental et que 57 % en avaient consommé plus d'une dizaine de fois [22].

Les jeunes vulnérables étant repoussés en marge de la société, il leur est difficile de bénéficier d'un soutien communautaire et leur consommation de drogues, à laquelle viennent se greffer un certain nombre d'autres problèmes, prend souvent des proportions encore plus grandes [23].

Jeunes lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels

Certaines données indiquent que les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels (LGBT) doivent être considérés comme un groupe vulnérable face à la consommation de STA et d'autres substances, notamment pour les raisons suivantes: les difficultés pour assumer leur identité sexuelle et pour révéler cette identité à leurs famille, amis et camarades, la stigmatisation générale et l'accès aux drogues dans le milieu des boîtes de nuit [24] [25] [26].

Le lien entre la méthamphétamine sous forme de cristaux et le suicide est un problème grave chez les jeunes des communautés autochtones au Canada.

— Appel national à l'action: s'attaquer aux répercussions de la méthamphétamine en cristaux dans les collectivités des Premières Nations, 2005 [19]

Quatre élèves LGBT du secondaire sur cinq ont indiqué qu'ils ne connaissaient pas un seul adulte pouvant les soutenir dans leur établissement scolaire.

— Kosciw (2004) [27]

L'usage de substances, signale-t-on, est étroitement lié au milieu gay des boîtes de nuit, des soirées dance et des parades, où les drogues sont souvent perçues comme importantes pour créer un sentiment d'appartenance [24] [28], et où les STA sont souvent consommés pour intensifier les expériences sexuelles [29] [30] [31].

Selon une enquête nationale menée aux États-Unis d'Amérique:

- Vingt-huit pour cent des élèves LGBT abandonnent l'école (contre 8 % des élèves hétérosexuels);
- Trente-trois pour cent des élèves LGBT font des tentatives de suicide (contre 8 % des élèves hétérosexuels);
- Les jeunes LGBT représentent 20 à 40 % des jeunes sans-abri aux États-Unis d'Amérique [27].

Diverses études menées dans différentes régions ont montré que la consommation de STA et d'autres drogues était plus élevée chez les jeunes LGBT que chez ceux de la population générale:

- Selon une étude menée en Australie, 76 % des jeunes LGBT âgés de 20 à 29 ans avaient déjà consommé des amphétamines contre 20 % de la population générale du même âge [24];
- Selon une étude menée en Colombie britannique (Canada), le risque de consommation de méthamphétamine, d'ecstasy et d'autres drogues était particulièrement élevé chez les élèves qui se disaient gay ou bisexuels [32];
- Le Département de la santé publique de Seattle (États-Unis d'Amérique) a constaté que les hommes gay de moins de 25 ans étaient deux fois plus susceptibles d'avoir consommé de la méthamphétamine sous forme de cristaux au cours de l'année écoulée (11 % s'en étaient injecté au moins une fois) et trois fois plus susceptibles d'avoir consommé de l'ecstasy que la population générale masculine du même âge [33].

Amateurs de dance et de soirées

Au cours des années 90, l'ecstasy a été assimilée à la culture rave et à la musique techno, et au monde de la nuit dans diverses régions du monde. "Le plaisir de danser" était la raison la plus couramment invoquée pour justifier sa consommation chez les jeunes [3]. L'ecstasy demeure la drogue de club la plus consommée [34] et les amphétamines sont également courantes dans certains lieux [35]. Si l'ecstasy est consommée dans d'autres contextes (par exemple à domicile ou dans des soirées privées [36]), son usage n'en reste pas moins étroitement lié aux soirées dance et rave [34].

Selon les résultats de diverses études, les consommateurs d'ecstasy sont souvent issus des classes moyennes et de race blanche, ont un bon niveau d'instruction et travaillent ou sont étudiants. Si l'on recense peu de dommages causés par une consommation occasionnelle d'ecstasy [36], il n'en va pas de même pour les cas — fréquents — de polyconsommation, qui constitue un comportement à risque [31] [37]. Les décès liés à l'ecstasy au cours de soirées dance sont rares mais existent et sont attribués à la déshydratation (et à la surhydratation lorsque l'on cherche à prévenir la déshydratation), à l'interaction de plusieurs drogues et à la susceptibilité individuelle d'un faible pourcentage de personnes [38].

La consommation de drogues est beaucoup plus élevée parmi les personnes fréquentant les lieux de loisirs nocturnes que dans la population générale et particulièrement prévalente parmi la jeunesse urbaine issue de milieux relativement aisés.

— Compte rendu politique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002

Élèves du secondaire et étudiants

Les élèves et les étudiants consomment des médicaments stimulants comme le méthylphéridate (communément appelé Ritalin®) et l'amphétamine (Adderall® et Dexedrine® principalement) pour améliorer leurs performances sportives et pour pouvoir mieux travailler. Il est devenu de plus en plus facile de se procurer ces drogues car elles sont vendues ou données par des élèves ou des étudiants qui les obtiennent sur ordonnance [40]. Certains, en particulier des filles, consomment de la méthamphétamine comme anorexigène (elle peut être obtenue sur ordonnance (par exemple Desoxyn®) et être utilisée sur une courte durée pour combattre l'obésité).

Quand approche la semaine des examens, on entend toujours un bourdonnement autour du marché de l'Adderall et du Ritalin dans les couloirs des résidences. Ceux qui veulent se procurer ces drogues dans l'espoir d'améliorer leurs résultats ne se rendent-ils pourtant pas compte qu'ils en retirent un avantage déloyal?

— Littman (2005) [39]

Effets et dommages

La consommation de STA entraîne manifestement toute une série de problèmes graves. Lorsqu'on examine les effets et les dommages, il est important de savoir que chacun de ces stimulants est associé à une certaine image symbolique qui crée des attentes inconscientes, mais très fortes [31] [41]. Nombre de ces images sont véhiculées par les informations diffusées dans les médias et il importe que les décideurs examinent ces informations avec mesure et déterminent la nature réelle des dommages liés à la consommation de STA sous différentes formes*. Les médias ne sont qu'une source d'information parmi d'autres sur les tendances liées aux STA et leur point de vue est souvent biaisé par le souci de ne diffuser que des informations présentant un intérêt journalistique. Il est donc important que les décideurs et les directeurs de programmes se fondent sur des données scientifiques exactes et, là où cela est possible, des entretiens avec le personnel travaillant en première ligne et les jeunes.

Effets et dommages liés à la consommation de méthamphétamine et d'amphétamine

Parmi les différents types de STA, la méthamphétamine (connue sous le nom de "speed", cristal meth, "meth", "ice" ou "crank") a un potentiel d'abus et de dépendance particulièrement élevé. Elle peut se présenter sous forme de poudre inodore et amère, de cailloux ou de morceaux moins compacts d'aspect cireux (de couleur blanche, rose, marron ou jaune selon les produits chimiques utilisés lors de la fabrication). Elle peut aussi être vendue sous forme de gélules ou de comprimés, auquel cas elle est généralement appelée "speed". L'euphorie qu'elle procure a été comparée à celle de la cocaïne, bien que la méthamphétamine soit relativement abordable en comparaison et que ses effets durent beaucoup plus longtemps [42].

Les effets et les risques associés à la consommation d'amphétamine et de méthamphétamine s'échelonnent entre ce que l'on pourrait qualifier d'effets négatifs légers (nausées, sudation, frissons) et des états graves susceptibles de mettre la vie en danger (convulsions, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale) ainsi que la dépendance. Les conséquences neurologiques à long terme ne sont pas encore bien connues, mais elles sont réelles, graves et de plus en plus préoccupantes.

* Par exemple, l'ecstasy est réputée faire l'objet d'un mode de consommation moins risqué que la méthamphétamine (les usagers étant des jeunes issus des classes moyennes qui cherchent à intensifier leur plaisir dans les soirées dance), et cela reste valable pour de nombreux consommateurs. Cependant, des preuves solides indiquent aussi que d'autres augmentent leur consommation d'ecstasy sur une certaine période et sont susceptibles d'adopter les modes de consommation plus dangereux mentionnés ci-dessus et de devenir dépendants.

L'incidence la plus grave sur la santé, découlant d'un usage chronique, est la dépendance, qui se caractérise par une recherche et une consommation compulsives de la drogue et par un phénomène connu sous le nom de psychose amphétaminique ou méthamphétaminique, autrement dit un trouble mental semblable à la schizophrénie, qui se manifeste par des états de confusion, de délire et de panique ainsi que diverses formes d'hallucinations. Cette psychose s'accompagne de sensations très désagréables (comme celle d'insectes qui courent sur la peau), d'un état de méfiance et de délires paranoïdes. La paranoïa intense peut provoquer des comportements agressifs ou violents, voire des tendances homicides et suicidaires.

Comme avec les autres drogues engendrant une dépendance, l'arrêt de la consommation (sevrage) peut provoquer des états très désagréables, notamment de fatigue extrême, de dépression, d'anxiété, parfois de forte agitation, voire de paranoïa et d'agressivité, ainsi qu'un besoin impérieux de la drogue.

Effets et dommages liés à la consommation d'ecstasy

L'ecstasy, nom courant de la méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA), est généralement qualifiée d'hallucinogène à effets stimulants. Produit chimique fabriqué dans des laboratoires clandestins, elle est également appelée Ecsta, E, XTC, Adam, cochon rose, X, Mdm et loves. Les comprimés peuvent se présenter sous toutes les couleurs et sont parfois frappés d'un logo, par exemple d'une colombe ou d'un diamant. La substance peut aussi prendre la forme d'une poudre qui est sniffée ou, moins fréquemment, dissoute et injectée. La pureté et la qualité sont très variables et imprévisibles. Dans certaines régions, l'ecstasy est toujours très pure, tandis que dans d'autres les comprimés peuvent contenir d'autres substances, comme de la kétamine (un déprimeur), de la *para*-méthoxyamphétamine (PMA) (un hallucinogène) ou de l'éphédrine (un stimulant).

La prévalence des effets négatifs aigus dus à la consommation d'ecstasy est faible, mais cette dernière entraîne fréquemment des changements d'humeur à court terme, notamment une "déprime du milieu de semaine" après une consommation le week-end, et des troubles de la mémoire à court terme.

L'imprévisibilité des effets aigus de l'ecstasy est particulièrement préoccupante pour différentes raisons. Du fait de la diversité des drogues et des mélanges vendus sous l'appellation "ecstasy", il est difficile de prédire les effets et les dommages de leur consommation. De plus, les usagers d'ecstasy ont tendance à consommer au moins deux substances à la fois, ce qui renforce encore l'imprévisibilité (et la probabilité) des effets nocifs. Enfin, il semble que certains individus soient plus susceptibles aux effets toxiques que d'autres.

La consommation d'ecstasy peut par ailleurs provoquer un "syndrome de sérotonine", qui risque d'entraîner une hyperthermie extrême et dangereuse, pouvant être aggravée par un usage dans des lieux où la température est élevée, comme les boîtes de nuit, et par de longues périodes d'activité sans hydratation suffisante.

Les effets à plus long terme de l'ecstasy sur le cerveau (cognitifs, comportementaux et émotionnels) ne sont pas encore clairement établis. En revanche, il semble avéré que ces effets ne sont pas fonction de la durée de consommation et ne sont peut-être pas totalement réversibles.

Effets et dommages liés à l'usage non médical du méthylphénidate (Ritalin®)

Le méthylphénidate, médicament stimulant, augmente l'activité du système nerveux central et du système cardiovasculaire. Chez les personnes atteintes du syndrome d'hyperactivité avec trouble de l'attention (SHTA), auxquelles elle est prescrite, cette substance, comme d'autres stimulants, a un effet inverse paradoxal en réduisant l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention.

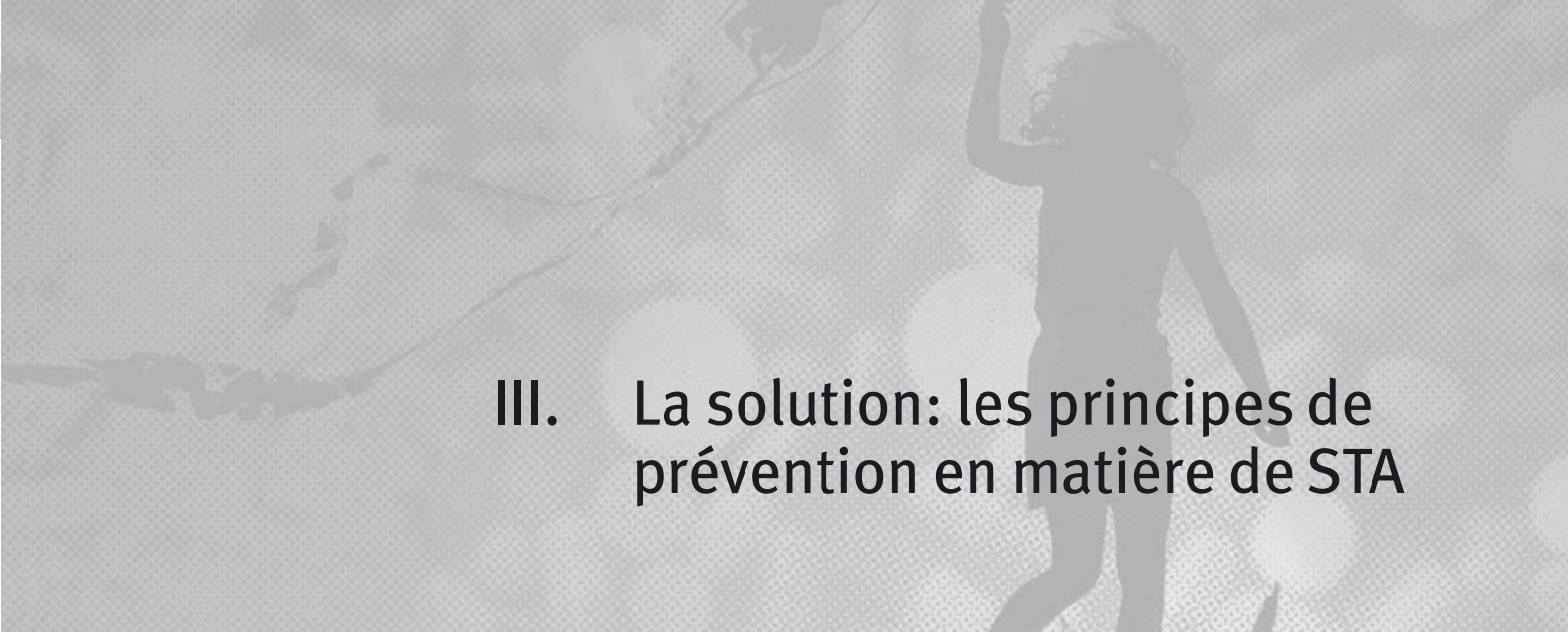
Cette substance présente une marge de sécurité élevée et une dose thérapeutique est bien inférieure aux quantités utilisées à des fins non médicales. Dans le contexte non médical, les comprimés sont généralement avalés par ceux qui cherchent à rester éveillés, mais plutôt sniffés ou injectés, sous forme moulue ou dissoute, par ceux qui recherchent une sensation d'euphorie.

Les effets, qui augmentent en fonction de la dose, sont notamment les suivants: nervosité, maux de tête, insomnie, anorexie, et tachycardie. Une surdose provoque des agitations, des hallucinations, des psychoses, une léthargie, des convulsions, de l'hypertension et de l'hyperthermie. Le sevrage après une consommation chronique produit des effets semblables au sevrage d'autres stimulants de type amphétamine (STA) — à savoir la léthargie, l'apathie, la dépression et la paranoïa [43].

Coûts économiques

Ces dernières années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a tenté de quantifier les causes de mauvaise santé dans le monde. Bien qu'il soit particulièrement difficile de fournir des estimations pour une activité illégale comme l'usage de drogues illicites, ces dernières représenteraient d'après l'OMS 0,8 % de la charge de morbidité dans le monde. Les STA représenteraient quant à eux une part des coûts attribués aux drogues illicites. Ce pourcentage peut sembler infime par rapport à d'autres problèmes de santé, comme la consommation de tabac et d'alcool, mais on devrait noter qu'il atteint 2,3 % dans les pays développés, où la consommation de drogues illicites compte parmi les dix principaux facteurs de risque pour la santé. On notera en outre que, pour des raisons de disponibilité des données, l'OMS a fondé ses calculs uniquement sur l'injection de drogues illicites. Ces chiffres risquent donc de sous-estimer le problème dans une certaine mesure du moins, mais ils indiquent néanmoins d'importantes dépenses publiques [44].

S'agissant des STA et d'autres drogues illégales, les problèmes de santé ne sont toutefois pas la seule préoccupation. Selon une étude menée en Nouvelle-Zélande, le commerce illicite de STA dans ce pays y aurait peut-être doublé la valeur monétaire du trafic de drogues en moins de dix ans et atteint le niveau du commerce du cannabis [45]. Le commerce de STA et les diverses infractions liées à leur usage (allant des infractions pour se procurer ces substances aux crimes violents commis sous leur emprise) ajoutent considérablement aux coûts liés à la justice pénale dans une société. Les coûts des services sociaux et de protection de l'enfance font aussi partie du tableau [46]. De plus, une part des jeunes consommateurs de STA en ont vu leur vie bouleversée et, du fait de leur jeune âge, la perte de productivité qui en résulte pour la société pourrait être assez considérable. Dans les pays et les communautés où la méthamphétamine est produite, les dommages et les coûts environnementaux engendrés par les laboratoires illégaux et leur démantèlement dans des conditions de sécurité sont importants. Ainsi, bien qu'ils n'aient pas été quantifiés, il ne fait aucun doute que les différents coûts sociaux et économiques des STA pour diverses sociétés sont substantiels.



III. La solution: les principes de prévention en matière de STA

Les STA sont manifestement très coûteux et préjudiciables aux individus, aux familles et aux communautés. La prévention doit être un élément central de la lutte contre les problèmes liés à leur consommation, les autres options ne pouvant, à elles seules, résoudre ceux-ci entièrement. On ne peut pas attendre d'une stratégie générale de prévention en matière de drogues qu'elle règle la question des STA si elle n'y apporte pas une attention particulière supplémentaire. Peu de recherches ont été menées sur la prévention en matière de STA. Cependant, il est possible d'adapter les mesures qui, d'après ces recherches, ont fait leurs preuves ou sont prometteuses et, partant, de dégager les principes ci-dessous.

Principe 1

Intégrer le plan de prévention de la consommation de STA à une stratégie plus large de lutte contre la drogue et aux politiques de développement des jeunes

Les activités de prévention et de promotion de la santé qui ont pour but de prévenir ou de différer la première prise de substances au sein d'une population ou d'une fraction donnée de la population ont de très fortes chances de réduire la demande.

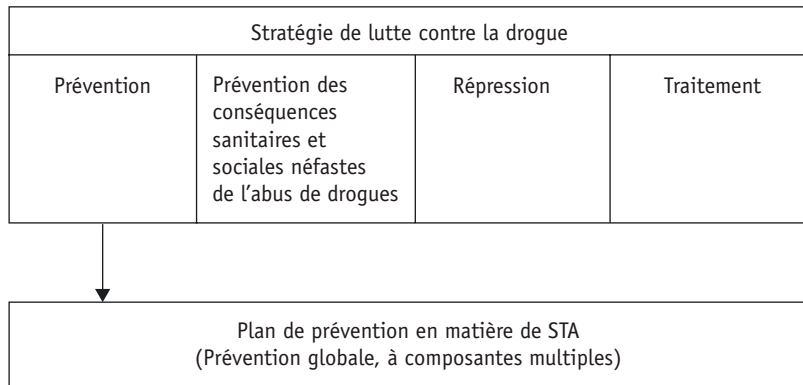
Cela étant, un plan de prévention de la consommation de STA devrait être complété par des plans de traitement, de prévention des conséquences sanitaires et sociales néfastes et de répression, dans le cadre d'une stratégie d'ensemble en matière de STA. Les politiques doivent amener les intervenants à mettre leurs efforts en commun pour ne pas travailler de manière contradictoire. Au macroniveau, des mesures légales et réglementaires (par exemple une législation sur les précurseurs et d'autres mesures de réduction de l'offre) peuvent consolider fortement les programmes de réduction de la demande de STA.

L'idéal serait que cette stratégie en matière de STA s'inscrive elle-même dans une stratégie générale de lutte contre la drogue. Cette dernière, si elle parvient à empêcher ou à différer la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, empêchera ou diffèrera également, dans une grande mesure, la consommation de STA, car les facteurs de risque et de protection en jeu sont très similaires. En effet, l'usage de STA fait souvent suite à l'usage de ces autres substances. Pour aller plus loin, on peut, si le besoin s'en fait sentir, adjoindre à un plan ou une stratégie bien conçus de prévention de l'abus de substances chez les jeunes un plan tout aussi global visant spécifiquement les STA.

Il faut aussi que la stratégie de lutte contre la drogue tienne compte du fait que l'abus de substances s'inscrit dans un ensemble de problèmes comportementaux et ne devrait pas être envisagé isolément; il importe de créer des liens stratégiques avec les autres intervenants

qui s'occupent du développement des jeunes et des problèmes comportementaux, tels que la criminalité, le suicide et les difficultés scolaires, afin de traiter leurs aspects communs.

Figure I.
Prévention en matière de STA dans le cadre d'une stratégie plus large de lutte contre la drogue



Principe 2

Faire reposer le plan de prévention sur une bonne connaissance du problème de la consommation de STA et des ressources susceptibles d'être utilisées pour y répondre

Les objectifs des équipes spéciales, des stratégies et des organismes de financement qui traitent spécialement des STA doivent reposer sur des informations fiables quant à la nature et à l'ampleur du problème dans la zone cible. Pour délimiter celui-ci au mieux, il faut recueillir des informations crédibles auprès de sources aussi nombreuses que possible. Celles-ci varieront d'une région à l'autre, mais peuvent être par exemple des services de police (criminalité liée aux STA), les services d'urgence des hôpitaux, des centres de traitement de la toxicomanie, des réseaux médicaux, des administrations publiques fournissant des services sanitaires et sociaux, ou encore des chercheurs universitaires.

Quelles que soient les sources ou les méthodes, il est important de connaître l'âge de la première prise de STA, le niveau de consommation par classe d'âge, les différences selon le sexe, l'âge auquel la consommation est généralement la plus forte, les types de consommation à risque et les problèmes rencontrés. Il faut également déterminer les facteurs de risque et de protection en jeu chez les jeunes. Pendant cette phase, il importe de passer en revue les ressources et l'appui sur lequel on pourra compter pour le plan de prévention.

Principe 3

Préciser les cibles de la prévention de la consommation de STA

Une grande partie des jeunes, qu'ils soient intégrés ou non dans la société et quelle que soit la population considérée, ne consomme pas de STA, ou ne le fait que "pour essayer", mais pourrait tirer parti des mesures et messages visant à empêcher la consommation. Certains

"Compte tenu du faible taux de prévalence de la consommation de méthamphétamine dans la population scolaire en général, il n'est pas indiqué de mettre en place un programme de prévention universelle ciblant spécifiquement la méthamphétamine dans les établissements d'enseignement. Il vaudrait mieux s'attaquer à cette substance dans le cadre d'un programme d'ensemble beaucoup plus large portant sur les problèmes liés à la consommation de substances en général."

— Western Canadian Summit on Methamphetamine (2004) [47]

d'entre eux ont des conditions de vie relativement favorables (facteurs de protection) et bénéficient de la prévention générale ou "prévention universelle"* . D'autres sont plus vulnérables car ils sont exposés à un ou plusieurs risques. En font partie ceux qui ont été victimes de maltraitements physiques ou sexuelles, les jeunes des communautés autochtones, ceux qui ont un faible sentiment d'appartenance à l'école, les sans-abri, les jeunes délinquants, les jeunes "placés", ceux qui ont des problèmes de santé mentale, les jeunes gay, lesbiennes, bisexuels ou transsexuels, les jeunes travailleurs sexuels et ceux dont les parents sont toxicomanes.

Il importe de bien définir les populations cibles, les motivations, les facteurs de risque et les facteurs démographiques pour concevoir des stratégies de prévention et de sensibilisation correspondant aux besoins particuliers des populations locales.

— DeMay (2005) [48]

Les facteurs de risque tendent à se concentrer chez certains jeunes, et il y a donc lieu de considérer ces derniers comme plus exposés à des problèmes de consommation de STA et d'autres drogues. Il est ressorti, par exemple, d'une étude menée au Royaume-Uni que 39 % des jeunes appartenant à plusieurs groupes vulnérables à la fois avaient consommé de la drogue fréquemment au cours de l'année écoulée, contre 18 % de ceux n'appartenant qu'à un seul groupe. Certains éléments tendent à prouver que ces enfants et ces jeunes bénéficient d'une prévention sélective visant à mettre en place dans leur environnement des facteurs de protection.

Principe 4

Faire participer réellement le groupe de jeunes cible à la conception et à l'application des politiques et des programmes

Une véritable implication crée un "cercle vertueux", qui montre à tous que le meilleur allié des jeunes face à leurs problèmes de consommation de substances, c'est eux-mêmes.

— D'après Landsdown (2003) [50]

Il importe d'impliquer les jeunes qui seront visés par un plan de prévention en matière de STA aussitôt que possible, et même éventuellement au moment de l'évaluation de la situation. Il importe aussi d'adhérer pleinement à ce principe: des demi-mesures seront perçues par les jeunes comme un geste purement symbolique, une invitation à faire de la figuration ou une manipulation [49]. On peut faire participer les jeunes de nombreuses façons; la difficulté consiste à les faire participer réellement. Cependant, lorsqu'on fait preuve de respect à leur égard, les jeunes sont généralement enthousiastes à l'idée d'apporter leur contribution, et celle-ci améliorera la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du plan [50].

Principe 5

S'efforcer d'apporter une réponse globale coordonnée

On emploie le terme "globalité" pour désigner une initiative reposant sur un certain nombre d'éléments différents pour tenir compte de différents facteurs de risque et de protection dans différents environnements. Cette "globalité" est nécessaire, car les initiatives à composantes multiples ont généralement de meilleurs résultats que celles ne reposant que sur un seul élément. Elle peut revêtir différentes formes dans un plan de prévention en matière de STA.

* Les termes "prévention universelle" (*universal prevention*), "prévention sélective" (*selective prevention*) et "prévention indiquée" (*indicated prevention*) ont été décrits pour la première fois en 1987 par R. Gordon (voir "An operational classification of disease prevention", *Preventing Medical Disorders*, J. A. Steinberg et M. M. Silverman, éd., United States Department of Health and Human Services, 1987) pour remplacer les termes "prévention primaire" et "prévention secondaire" (la prévention tertiaire étant le traitement). Ils ont été adaptés par le United States Institute of Medicine Committee on Prevention of Mental Disorders en 1994. Ce modèle a été appliqué aux problèmes de consommation de substances par le National Institute on Drug Abuse des États-Unis dans une publication de 1997 intitulée *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders* (voir la note 61 à la fin du présent guide).

- Au niveau communautaire, elle se traduit généralement par des initiatives reposant à la fois sur la formation des élèves, des médias et des parents et des éléments réglementaires. On dispose de données solides concernant les programmes de prévention globale au niveau de la communauté [51] [52]. Par globalité, on entend aussi la nécessité de combiner des programmes permettant de suivre dans le temps les enfants et les adolescents au cours de leur développement. Il s'agit là d'un point important, car la plupart des évaluations montrent que les effets des programmes se dissipent au fil du temps si la dynamique n'est pas entretenue [53].
- Au niveau organisationnel, la globalité peut se traduire par l'élaboration d'un ensemble de programmes au sein d'une même organisation ou institution, par exemple dans les établissements scolaires ou les municipalités. Les établissements scolaires peuvent mettre en place à la fois un enseignement en classe, des équipes d'action au niveau de l'établissement, des programmes de soutien par les pairs, des formations pour les parents, des règles de vie scolaire et un mentorat pour les élèves à risque. Les municipalités peuvent coordonner des programmes de loisirs, des services de police communautaire et des programmes de soutien local et disposent en outre d'un levier avec les arrêtés municipaux et le zonage [55] [56].

Quel que soit le niveau de globalité, la coordination est un élément essentiel. S'ils sont mis en place de manière coordonnée, comme indiqué au principe 1 ci-dessus préconisant d'adopter, face au problème de l'abus de STA pris dans son intégralité, une approche globale reposant à la fois sur la prévention et le traitement, les différents éléments peuvent se renforcer mutuellement et créer une dynamique importante.

Une démarche intégrale de mise en place d'un cadre de vie sain pour lutter contre la consommation de substances à haut risque dans les boîtes et les bars repose sur la collaboration de tous les intéressés: les boîtes et les bars, la municipalité et la police, les services de soin aux toxicomanes, les autorités sanitaires municipales, et enfin et surtout, les jeunes eux-mêmes.

— Bolier, van Hasselt et Sannen (2005) [54]

Principe 6 Choisir des programmes éprouvés ou prometteurs

Prévention universelle

L'objet des programmes de prévention universelle en matière de STA est d'aider ceux qui ne consomment pas ces substances à ne pas commencer et à persuader ceux qui en consomment à titre expérimental ou occasionnel de faire le choix de ne pas continuer. Il existe quatre méthodes de prévention universelle validées par la recherche: a) la communication/persuasion; b) l'acquisition de compétences en milieu scolaire; c) la promotion d'alternatives à la drogue; et d) l'action au niveau environnemental.

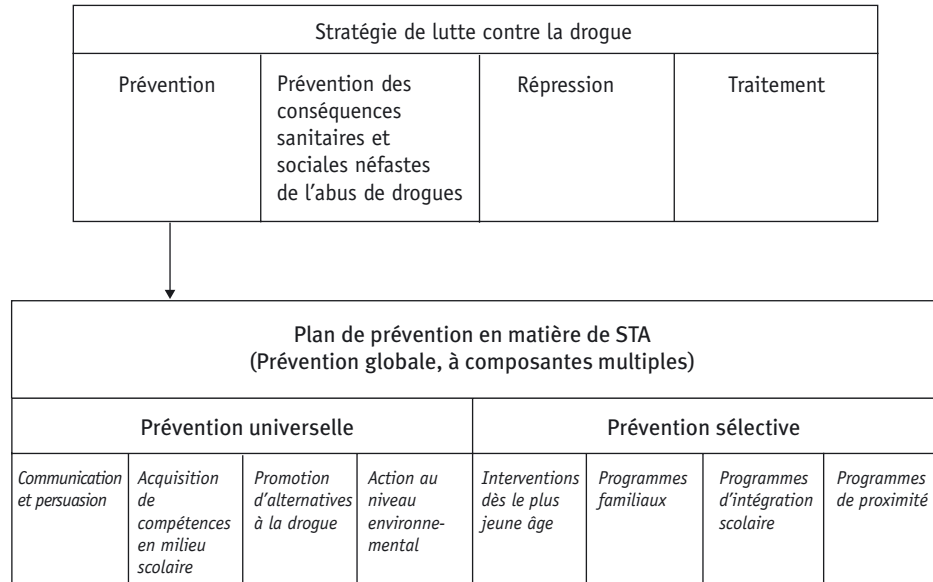
Prévention ciblée

La prévention sélective en matière de STA vise les jeunes exposés à un ou plusieurs facteurs de risque et, de ce fait, plus susceptibles de consommer des STA [58]. La façon la plus prometteuse de travailler avec eux consiste à appliquer des mesures de nature à renforcer les facteurs de protection — par exemple en les aidant à acquérir des compétences personnelles et sociales et à établir un contact avec les membres de leur famille, l'école et la communauté en général. Les méthodes validées par la recherche comprennent: a) les interventions dès le plus jeune âge et dès les premières années de la vie scolaire; b) le soutien aux familles les plus exposées; c) les programmes d'intégration scolaire; et d) les approches de proximité. On trouvera dans la publication de l'ONU DC à paraître prochainement, intitulée *Prévention de la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes: guide à l'intention des praticiens*, une réflexion plus poussée sur la manière de mettre en œuvre les approches présentées ci-après.

On a souvent essayé de décourager certains comportements par la peur. Par exemple, selon des statistiques circulant couramment en Alberta (Canada), 42 % des personnes ayant essayé la méthamphétamine deviennent dépendants dès la première fois, et 96 % le deviennent s'ils l'essaient plusieurs fois. Il n'existe aucun élément permettant d'étayer cette affirmation.

— Commission de la toxicomanie et de l'alcoolisme de l'Alberta (non daté) [57]

Figure II.
Programmes éprouvés ou prometteurs de prévention universelle et sélective



Prévention universelle

Méthodes reposant sur la communication

La communication peut se faire par bien des moyens, les plus courants étant cependant les médias (l'Internet, la télévision, les bandes dessinées, etc.), les pairs, les parents, les discothèques et les médiateurs de la jeunesse (par exemple les disc-jockeys, les animateurs de loisirs, les mentors et les enseignants). En faisant appel à plusieurs de ces vecteurs à la fois, on peut renforcer le message, toucher un public plus large et obtenir de meilleurs résultats.

La campagne de prévention de la consommation d'ecstasy intitulée "Project Europe", menée à Hambourg, à Amsterdam et à Londres, faisait appel à une stratégie de communication de pair à pair. Les raveurs eux-mêmes étaient formés pour informer, par le dialogue, des dangers de l'ecstasy et d'autres drogues de synthèse

— Calafat et al. (non daté) [41]

Il ne faut pas oublier que même si les campagnes médiatiques peuvent, pour de nombreuses raisons (notamment l'excellente visibilité qu'elles assurent et le fait qu'elles sont chères et donc bonnes pour les taux d'exécution), sembler attrayantes, elles ne constituent pas une arme absolue en matière de prévention. Au mieux, elles peuvent être utilisées pour sensibiliser une communauté, mais pour prévenir effectivement l'abus de STA elles doivent s'accompagner d'initiatives menées sur le terrain et au sein de la communauté. Par exemple, une campagne médiatique qui mettrait en lumière les dangers des STA devrait également faciliter l'accès aux organisations non gouvernementales, aux services et aux spécialistes qui sont réellement à même d'aider la communauté à mettre en œuvre des programmes de prévention.

En Australie, une bande dessinée a été utilisée pour communiquer aux jeunes des informations sur les STA. Intitulée "On the Edge", elle a été distribuée dans les centres de jeunes et les autres endroits que les jeunes étaient susceptibles de fréquenter.

— Baker, Lee et Jenner, éd. (2004) [59]

Lors de l'élaboration d'un message quel qu'il soit, il importe de faire attention aux normes, aux valeurs, aux aspirations, au langage et à la culture des jeunes. La meilleure façon d'être sûr que le message est adapté est de faire participer des jeunes à son élaboration [60].

Il est tentant d'avoir recours à la peur pour essayer de dissuader les jeunes de consommer des STA. Les messages effrayants ou portant uniquement sur les aspects négatifs de la consommation de drogues peuvent certes être bien accueillis par les jeunes au début, mais risquent de perdre en crédibilité une fois que ces jeunes ont accès à des informations plus

exactes ou plus équilibrées, ou qu'ils voient un camarade consommer une drogue sans que cela ait de conséquences néfastes importantes.

Il ne faut pas oublier que les jeunes prêtent souvent plus attention aux messages portant sur les conséquences néfastes à court terme, notamment sur les conséquences sociales (par exemple les effets sur l'aspect physique ou l'accomplissement d'actes que l'on risque de regretter), qu'aux messages axés sur les conséquences à plus long terme.

Modèles d'acquisition de compétences en milieu scolaire

Il ressort de l'examen de programmes scolaires — une évaluation rigoureuse en a démontré l'efficacité en matière de prévention de l'abus de substances [61] — qu'il faudrait au minimum une séance par semaine pendant dix semaines pour que ces programmes portent leurs fruits. Comme cela est parfois tout simplement impossible, trois à cinq séances "de rappel" dans les années qui suivent un programme initial de dix séances afin de renforcer les acquis permettent alors de pérenniser les effets (bien qu'il soit préférable d'organiser un programme complet chaque année). Pour être efficaces, les programmes en milieu scolaire doivent combiner acquisition de connaissances et acquisition de compétences. Il a été démontré que l'interactivité au sein du groupe était un élément clef des programmes de prévention universelle en milieu scolaire (l'interaction devant dans ce cas avoir lieu de pair à pair, et non uniquement entre l'intervenant et les jeunes) [62].

Le modèle qui, selon la littérature, a le mieux fait ses preuves est celui des "influences sociales", qui considère la consommation de substances par les adolescents comme la conséquence des influences sociales des pairs et des médias, qui les incitent à fumer, à boire de l'alcool ou à consommer d'autres drogues.

Un modèle apparenté est la méthode dite "normative", qui remet en question l'idée que se fait le jeune de la fréquence ou l'acceptation de la consommation de substances dans son école ou sa communauté [63].

Un autre modèle étayé par la recherche est celui des "compétences de vie" [64] [65] [66]. Fondés sur la théorie de l'apprentissage social, les programmes d'acquisition des compétences de vie ont pour but d'enseigner aux jeunes à prendre des décisions, à se fixer des objectifs, à gérer leur stress, à s'affirmer et à communiquer.

Une manière efficace de traiter les problèmes de consommation de STA en milieu scolaire consiste à mettre en place une politique globale de santé dans les établissements scolaires. Les établissements qui appliquent cette politique font appel à quatre éléments — l'instruction, les services de santé préventifs, le soutien social et l'environnement physique sain — et créent des liens avec l'ensemble de la communauté.

Promotion des alternatives à la drogue

La promotion des alternatives à la drogue est une stratégie de prévention communément utilisée. Bien que les travaux de recherche permettant de valider cette méthode soient peu nombreux à ce stade, celle-ci repose sur une logique attirante: s'ils pratiquent d'autres activités qui leur procurent des satisfactions, les jeunes sont moins susceptibles de consommer des substances*. De plus, la consommation de substances étant un vecteur important de

Un programme en douze leçons sur les "drogues festives", reposant sur la méthode des compétences de vie, a été mis en œuvre en Allemagne. Les résultats n'ont pas été communiqués, mais les élèves ont indiqué que ce qu'ils avaient le plus apprécié était la possibilité de discuter librement sans se sentir rejetés.

— Freitag (1998) [66]

* Il faut cependant faire preuve de prudence, certaines recherches ayant démontré que le fait de rassembler ainsi les jeunes peut entraîner un "apprentissage" du fait de mettre involontairement en contact des jeunes à haut risques dans un cadre peu contrôlé.

socialisation, il faut fournir à ceux qui choisissent de ne pas en prendre d'autres occasions d'établir et de renforcer des liens d'amitié.

En Australie, des organisations communautaires offrent aux jeunes l'occasion de se rencontrer dans un environnement sûr en organisant des soirées dansantes surveillées sans drogues et sans alcool, avec filtrage à l'entrée et "filet de protection". Ces manifestations sont également l'occasion de faire passer des messages de prévention sur la drogue.

— Community Solutions, participant à la réunion du Groupe d'experts (2005)

À Stockholm, le projet "Clubs against Drugs" a fait appel à des principes de conception de programme pointus pour mobiliser 17 boîtes dont la clientèle était essentiellement constituée de jeunes, lesquelles se sont engagées à appliquer un ensemble de mesures destinées à en faire des lieux exempts de drogues.

— J. Gripenberg, participant à la réunion du Groupe d'experts (2005)

Il semble que les jeunes attirés par la consommation de STA soient à la recherche de sensations: il ne serait donc pas dénué de sens de concevoir, en collaboration avec eux, des activités répondant à ce besoin (aventures en plein air ou sports extrêmes, par exemple) [67]. Dans d'autres cas, les jeunes peuvent simplement avoir besoin d'un endroit où se rencontrer et où ils se sentent à leur place, comme des clubs, des cafés lounge, ou encore des cyber-cafés [68].

Action au niveau environnemental

Certains experts en matière de santé publique estiment qu'il est de la responsabilité des boîtes de nuit de contribuer à une saine socialisation des jeunes, compte tenu du rôle très important qu'elles jouent dans leur vie et du fait que d'autres structures (familiale ou religieuses, par exemple) ont aujourd'hui moins d'influence sur eux. En mettant en place une politique ferme contre la consommation de substances illégales, STA compris, dans les établissements et en apprenant au personnel à repérer la consommation et l'échange de drogues, il est possible de réduire la consommation de la clientèle et du personnel dans ces établissements. Il ne faut pas oublier, cependant, que ces initiatives ne portent leurs fruits que si un nombre minimal d'établissements très populaires participent à la campagne. Former le personnel d'une ou de deux boîtes marginales n'aura absolument aucun effet.

Prévention sélective

La prévention sélective a pour but de mettre en place des facteurs de protection dans l'environnement des jeunes exposés à un ou plusieurs facteurs de risque. Les programmes de prévention sélective à composantes multiples et intégrées portant sur plusieurs domaines (famille, école, communauté...) ont plus de chances d'avoir des résultats positifs que les interventions isolées [69].

Plusieurs mesures de prévention sélective se sont révélées efficaces pour prévenir ou différer la consommation de substances (y compris les STA). Elles sont décrites brièvement ci-dessous.

Interventions dès le plus jeune âge et dès les premières années de la vie scolaire

Il est clair que, pour les enfants vivant dans un milieu difficile, les mesures de prévention sélective menées lorsqu'ils sont en âge préscolaire (0 à 6 ans) et dans les premières années de leur vie scolaire (entre 7 et 12 ans) sont bénéfiques. Des études à long terme menées sur des enfants de ces deux classes d'âge ont montré que les programmes combinant des interventions auprès des enfants et auprès des parents (et comprenant souvent des visites à domicile) présentaient de bons résultats en matière de prévention d'un certain nombre de comportements pouvant intervenir ultérieurement — comme l'abus de substances [70] [71] [72].

Soutien aux familles les plus exposées

Il semble que les interventions menées au niveau de la famille réussissent mieux à mettre en place des facteurs de protection que les programmes visant les parents uniquement [73]. Des recherches ont montré que même des programmes familiaux relativement courts (cinq à

sept séances) sur les aptitudes à communiquer, à s'adapter et imposer une discipline peuvent permettre de différer la première prise de substances chez les adolescents issus de familles à risques, après comparaison avec un groupe témoin au terme d'un suivi d'une durée de quatre ans [74].

Programmes d'intégration scolaire

Les programmes en milieu scolaire ciblant les jeunes à risques (par exemple ceux qui sont en échec scolaire, ont peu de contacts avec leurs pairs ou ne pratiquent pas d'activités extra-scolaires) ont montré leur efficacité en matière de réintégration scolaire et de réduction du risque de consommation de substances [75].

Approches de proximité

Les jeunes les plus vulnérables sont souvent difficiles à atteindre, en particulier s'ils ne viennent plus en classe. Les services de proximité sont généralement nécessaires pour les atteindre et les intégrer. Les programmes qui leur sont destinés peuvent donc être mis en place dans les centres commerciaux, les services d'urgences des hôpitaux, ou encore dans les centres de services polyvalents dans la rue.

Principe 7 Veiller à ce que les activités soient évaluées

Bien que la nécessité d'évaluer les programmes de prévention soit reconnue depuis plusieurs années, beaucoup de ces programmes ne sont toujours pas évalués. Il faut que les pouvoirs publics et autres bailleurs de fonds accordent une priorité plus grande à l'évaluation, en faisant ressortir les avantages qu'elle présente aux fins de l'amélioration continue des programmes et, plus important encore, en apportant l'appui technique et financier nécessaire (généralement estimé à 10 % au moins des autres coûts) [76].

Bien que cela soit encore peu répandu, les concepteurs de politiques et de programmes de prévention doivent commencer à examiner systématiquement le rapport entre le coût des programmes et les résultats qu'ils produisent. L'ampleur et le coût de certains des programmes décrits ici sont très variables. La distribution de dépliants dans un hôpital ou un centre commercial coûte peut-être peu, mais si elle n'a aucun effet, elle n'a absolument aucune valeur. D'un autre côté, un "entretien informatif" de cinq minutes ou moins avec des pairs formés dans une rave peut être relativement peu coûteux et toutefois avoir des résultats modestes. Les programmes globaux à composantes multiples seront probablement plus efficaces que les interventions isolées, mais seront inévitablement plus chers. Ainsi, il faut commencer à recueillir des données sur les coûts des programmes et les mettre en balance avec les résultats obtenus. La bonne nouvelle est que l'on dispose de premiers éléments montrant que les programmes de prévention universelle comme les programmes de prévention sélective à l'intention des jeunes peuvent présenter un bon rapport coût-efficacité [77] [78].

Aux États-Unis, le projet "Fast Track" vise à améliorer le sentiment d'appartenance à l'école, les résultats scolaires et les relations avec les parents dans les premières années d'école primaire (dès la première année). Il a pour buts de faire reculer la consommation de drogues, la délinquance, les comportements sexuels à risque et les problèmes de santé mentale au cours de l'adolescence.

— Conduct Problems Prevention Research Group (2004) [72]

Le Strengthening Families Program (programme de renforcement des familles) porte sur les compétences parentales, l'aptitude à la communication et la résolution des conflits. Les familles viennent au complet dans une école, un centre communautaire ou un autre lieu public. Le programme offre des repas gratuits et prend en charge le transport et la garde des enfants pour que les parents puissent y assister.

— Kumpfer (non daté) [73]

Le programme intitulé "Reconnecting Youth", mis en place aux États-Unis, vise les jeunes de 14 à 18 ans présentant un risque d'abandon scolaire. Ces jeunes peuvent également avoir d'autres problèmes — par exemple abus de substances, agressivité, dépression ou comportements suicidaires. Le programme fait intervenir les pairs, le personnel scolaire et les parents pour réaliser ses trois objectifs, à savoir diminuer la consommation de drogues, améliorer les résultats scolaires et réduire les troubles émotionnels.

— Eggert et al. (1994) [75]

Le programme "MPowerment", qui a été largement reproduit aux États-Unis, fait appel à des méthodes de proximité formelles et informelles pour intégrer et autonomiser les jeunes hommes homosexuels et bisexuels (de 18 à 29 ans) afin de traiter leurs problèmes de santé. Avec l'aide de professionnels rémunérés, un noyau de jeunes hommes homosexuels conçoit et met en œuvre toutes les activités du projet. Les méthodes employées comprennent des activités de proximité, formelles et informelles, des discussions sur les pratiques de santé (rapports sexuels protégés, refus de la drogue, etc.), la distribution de documentation et de préservatifs et l'organisation de manifestations festives sans drogues.

— S. Kingston, participant à la réunion du Groupe d'experts (2005)

Principe 8

Prêter attention à la mise en valeur des ressources humaines et aux capacités organisationnelles

La plupart des mesures de prévention reposant sur la recherche nécessitent de former des intermédiaires, qu'il s'agisse des parents, des enseignants, du personnel des boîtes ou des paraprofessionnels. Même les programmes qui se sont révélés efficaces seront sérieusement compromis si les responsables ou les intermédiaires ne sont pas capables de les exécuter ou d'apporter les services de la manière prévue à l'origine.

Des lignes directrices sur les bonnes pratiques pourraient être utiles pour réorienter les pratiques, mais ne seront à elles seules probablement pas suffisantes. De même, la formation est un élément important, mais bien souvent elle ne donne pas lieu à l'adoption des pratiques souhaitées car d'autres facteurs peuvent contribuer ou au contraire faire obstacle à l'assimilation des pratiques éprouvées (politiques organisationnelles de soutien, incitations professionnelles définies, etc.). Les décideurs doivent envisager la formation dans une perspective de valorisation des ressources humaines qui tienne compte des différents facteurs influant sur l'adoption des meilleures pratiques.

Le domaine de la prévention dans de nombreux pays dépend de financements à court terme, projet par projet. Trop souvent, les activités de prévention sont entreprises sans perspective d'un financement durable. Dans un tel contexte, il est difficile de garder le personnel de prévention et de renforcer les capacités organisationnelles.



IV. Conclusions

La consommation de STA a augmenté plus que celle de toute autre drogue ces quinze dernières années et a divers effets préjudiciables. Leur usage problématique chez les jeunes peut imposer un lourd tribut à ces derniers et à leurs proches. Il peut aussi avoir un coût à long terme pour la communauté, en matière d'aide sociale, de justice pénale, de santé et de perte de productivité. Le présent guide a fourni quelques conseils sur un sujet pour lequel on dispose de peu d'informations: la prévention de la consommation de STA chez les jeunes. S'ils s'accompagnent d'une action concertée de prévention des conséquences sanitaires et sociales néfastes de l'abus de drogues, de répression et de traitement, les politiques et programmes de prévention peuvent contribuer de manière importante à traiter les problèmes de consommation de STA au sein d'une région ou d'une communauté.

Si les STA continuent de poser problème dans de nombreuses régions, d'autres substances feront sans aucun doute leur apparition dans les années à venir. Il importe donc de mettre en place, tout en traitant les problèmes propres aux STA, une infrastructure de prévention pour toutes les substances. Si une région ou une communauté ne dispose pas actuellement d'une telle infrastructure, le fait d'adopter une approche globale à long terme pour traiter le problème de la consommation de STA — qui permettra de prévenir ou de différer cette consommation — sera aussi une étape vers l'établissement de capacités de prévention de la consommation de substances d'une manière générale, au plus grand bénéfice des individus, des familles et des communautés.

Références

1. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Rapport mondial sur les drogues 2006* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.06.XI.10).
2. M. Srisurapanont, N. Jarusuraisin et P. Kittirattanapaiboon, "Treatment for amphetamine dependence and abuse", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, 2001.
3. Fabrizio Schifano, "A bitter pill: overview of ecstasy (MDMA, MDA) related fatalities", *Psychopharmacology*, vol. 173, n°s 3 et 4 (2004), p. 242 à 248.
4. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Ecstasy and Amphetamines: Global Survey 2003* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.03.XI.15).
5. États-Unis d'Amérique, Office of National Drug Control Policy, *National Synthetic Drugs Action Plan: The Federal Government Response to the Production, Trafficking, and Abuse of Synthetic Drugs and Diverted Pharmaceutical Products* (Washington (D.C.), 2004).
6. Australian Institute of Health and Welfare, *2004 National Drug Strategy Household Survey: First Results*, Drug Statistics Series n° 13, AIHW catalogue n° PHE 57 (Canberra, 2005).
7. Edward M. Adlaf et Angela Paglia-Boak, *Drug Use Among Ontario Students 1977-2005: Detailed OSDUS Findings*, Research Document Series n° 16 (Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005).
8. Megge Miller et Glenn Draper, *Statistics on Drug Use in Australia 2000*, Drug Statistics Series n° 8, AIHW catalogue n° PHE 30 (Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2001).
9. Lloyd D. Johnston *et al.*, *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2005*, National Institute on Drug Abuse, publication n° 06-5882 (Bethesda, Maryland, 2006).
10. Center for Substance Abuse Research, University of Maryland, "Ritalin® and Adderall® abused by students as party drugs and study aids", CESAR FAX, vol. 12, n° 48, décembre 2003, accessible à l'adresse suivante: <http://www.cesar.umd.edu/cesar/cesarfax/vol12/12-48.pdf>.
11. People's Daily Online (Chine), "White-collar workers increasingly using illegal drugs", 21 septembre 2005, disponible à l'adresse suivante: http://english.peopledaily.com.cn/200509/21/eng20050921_209881.html.
12. E. Wansi *et al.*, "Rapid assessment of drug abuse in Cameroon", *Bulletin on Narcotics*, vol. XLVIII, n°s 1 et 2 (1996), p. 79 à 88.
13. Denise De Michel et Maria Lucia O. S. Formigoni, "Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics", *Addiction*, vol. 99, n° 5, 2004 (résumé).
14. Jerald Bachman *et al.*, *Smoking, Drinking and Drug Use in Young Adulthood: The Impacts of New Freedoms and New Responsibilities* (Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1997).
15. L. Williams et H. Parker, "Alcohol, cannabis, ecstasy and cocaine: drugs of reasoned choice amongst young adult recreational drug users in England", *International Journal of Drug Policy*, vol. 12, n° 5 (2001), p. 397 à 413.

16. Edward M. Adlaf, Andrée Demers et Louis Gliksman, éd., *Enquête sur les campus canadiens 2004: faits saillants* (Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005) p. i à iv, disponible à l'adresse suivante: http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/canadian_campus0905fr.pdf.
17. Kirsten von Sydow *et al.*, "Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults: a transient phenomenon? Results from a longitudinal community study", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 66, n° 2 (2002), p. 147 à 159.
18. Organisation mondiale de la santé, *Working with Street Children, Module 3: Understanding Substance Use Among Street Children, A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs*, publication n° WHO/MSD/MDP/00.14 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000).
19. Assemblée des Premières Nations, "Appel national à l'action: s'attaquer aux répercussions de la méthamphétamine en cristaux dans les collectivités des Premières Nations" (Regina, Federation of Saskatchewan Indian Nations, Assemblée des Premières Nations, 2005).
20. Magdalena Lepiten, *Philippines Children's Involvement in the Production, Sale and Trafficking of Drugs in Cebu City: A Rapid Assessment* (Genève, Organisation internationale du Travail, Programme focal sur le travail des enfants, 2002).
21. J. Becker et S. Roe, "Drug use among vulnerable groups of young people: findings from the 2003 Crime and Justice Survey", Royaume-Uni, Home Office Research Findings n° 254 (Londres, Research, Development and Statistics Directorate, 2005).
22. Centre for Addictions Research of British Columbia, "Methamphetamine: good practice in policies and programs" (version préliminaire).
23. Sofia Gruskin, Karen Plafker et Allison Smith-Estelle, "Understanding and responding to youth substance use: the contribution of a health and human rights framework", *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 12 (2001), p. 1954 à 1963.
24. Alison Murnane *et al.*, *Beyond Perceptions: A Report on Alcohol and Other Drug Use Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Queer Communities in Victoria* (Australian Drug Foundation, 2000).
25. Bryan N. Cochran *et al.*, "Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts", *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 5 (2002), p. 773 à 777.
26. D. E. Bontempo et A. R. D'Augelli, "Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior", *Journal of Adolescent Health*, vol. 30, n° 5 (2002), p. 364 à 374.
27. Joseph G. Kosciw, *The 2003 National School Climate Survey: The School-related Experiences of our Nation's Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth* (New York, Gay, Lesbian and Straight Education Network, 2004).
28. Andrew Giese, "A deadly mix: Viagra and 'club drug' use found prevalent", ABC News, 27 août 2002.
29. Perry N. Halkitis, B. N. Fischgrund et J. T. Parsons, "Explanations for methamphetamine use among gay and bisexual men in New York City", *Substance Use and Misuse*, vol. 40, n°s 9 et 10 (2005), p. 1331 à 1345.

30. Amin Ghaziani et Thomas D. Cook, "Reducing HIV infections at circuit parties: from description to explanation and principles of intervention design", *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, vol. 4, n° 2 (2005), p. 32 à 46.
31. Louisa Degenhardt, Jan Copeland et Paul Dillon, "Recent trends in the use of 'club drugs': an Australian review", *Substance Use and Misuse*, vol. 40, n°s 9 et 10 (2005), p. 1241 à 1256.
32. Thomas M. Lampinen, Doug McGhee et Ian Martin, "Use of crystal methamphetamine and other club drugs among high school students in Vancouver and Victoria", *British Columbia Medical Journal*, vol. 48, n° 1 (2006).
33. S. Kingston, "Hands-on meeting presentation", Expert Group Meeting on Good Practices for the Prevention of Amphetamine-type Stimulants among Youth (Réunion d'experts sur les bonnes pratiques pour prévenir l'abus de stimulants de type amphétamine chez les jeunes), organisée par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime à Bangkok en décembre 2005.
34. Louisa Degenhardt, Bridget Barker et Libby Topp, "Patterns of ecstasy use in Australia: findings from a national household survey", *Addiction*, vol. 99, n° 2 (2004), p. 187 à 195.
35. S. Barrett *et al.*, "Patterns of simultaneous polysubstance use in Canadian rave attendees", *Substance Use and Misuse*, vol. 40, n°s 9 et 10 (2005), p. 1525 à 1537.
36. Brian C. Kelly, "Conceptions of risk in the lives of club drug-using youth", *Substance Use and Misuse*, vol. 40, n°s 9 et 10 (2005), p. 1443 à 1459.
37. A. B. Scholey *et al.*, "Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: a WWW study", *Addictive Behaviors*, vol. 29, n° 4 (2004), p. 743 à 752.
38. Fabrizio Schifano, "A bitter pill: overview of ecstasy (MDMA, MDA) related fatalities", *Psychopharmacology*, vol. 173, n°s 3 et 4 (2004), p. 242 à 248.
39. Mark Littman, "Classroom doping", *The Daily Pennsylvanian*, 10 octobre 2005 (Université de Pennsylvanie, site consulté le 16 juin 2006).
40. Christiane Poulin, "Medical and nonmedical stimulant use among adolescents: from sanctioned to unsanctioned use", *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 8 (2001), p. 1039 à 1044.
41. Amador Calafat *et al.*, *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe* (Palma de Mallorca, Espagne, IREFREA, 1998).
42. Patrick Zickler, "Long-term abstinence brings partial recovery from methamphetamine damage", National Institute on Drug Abuse, NIDA Notes, vol. 19, n° 4 (2004), disponible à l'adresse suivante: http://www.drugabuse.gov/NIDA_notes/NNvol19N4/LongTerm.html.
43. Wendy Klein-Schwartz, "Abuse and toxicity of methylphenidate", *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 14, n° 2 (2002), p. 219 à 223.
44. Organisation mondiale de la santé, *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* (Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance) (Genève, 2004).
45. Chris Wilkins *et al.*, *The Socio-Economic Impact of Amphetamine Type Stimulants in New Zealand* (Auckland, Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation, Université de Massey, 2004).

46. National Coalition for Child Protection Reform, "Epidemic of hype: how hysteria over methamphetamine has become the latest excuse to 'take the child and run'" (Alexandria, Virginie), actualisé le 10 juin 2006, disponible à l'adresse suivante: <http://www.nccpr.org/reports/epidemicofhype.doc>.
47. Vancouver Coastal Health, *Western Canadian Summit on Methamphetamine: Bringing Together Practitioners, Policy Makers and Researchers, Consensus Panel Report* (Vancouver, 2005).
48. Kristen DeMay, "Methamphetamine prevention", Western Center for the Application of Prevention Technologies (1^{er} mai 2005), vu le 16 juin 2006 sur <http://captus.samhsa.gov/Western/resources/tip/tip-2005-05.rtf>.
49. McCreary Centre Society, "Degrees of involvement: the ladder of participation" (décembre 2002), disponible sur http://www.mcs.bc.ca/ya_ladd.htm.
50. Gerison Landsdown, "Youth participation in decision-making", *World Youth Report 2003: The Global Situation of Young People* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.03.IV.7), chap. 10.
51. Mary Ann Pentz, "Costs, benefits and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention", *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*, William J. Bukoski et Richard I. Evans, éd., National Institute on Drug Abuse, Research Monograph Series n° 176 (Rockville, Maryland, 1998).
52. C. L. Perry *et al.*, "Project Northland: outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence", *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 7 (1996), p. 956 à 965.
53. Richard I. Evans, *A historical perspective on effective prevention*, *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*, William J. Bukoski et Richard I. Evans, éd., National Institute on Drug Abuse, Research Monograph Series n° 176 (Rockville, Maryland, 1998).
54. L. Bolier, N. van Hasselt et A. Sannen: "Factsheet: drug prevention at clubs and pubs: an integral prevention approach to high-risk drinking and drug use at clubs and pubs: the facts (Utrecht, Trimbos Instituut (Institut néerlandais de la santé mentale et de la toxicomanie), 2005).
55. D. Allensworth, "The research base for innovative practices in school health education at the secondary level", *Journal of School Health*, vol. 64, n° 5 (1994).
56. A. Paglia and R. Room, *Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations* (Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Division de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998).
57. Commission de la toxicomanie et de l'alcoolisme de l'Alberta, *Community Action on Drug Abuse Prevention* (non daté), disponible sur http://corp.aadac.com/content/corporate/other_drugs/community_action_manual.pdf.
58. Kimberly Edmonds *et al.*, *Drug prevention among vulnerable young people*, (Liverpool, Royaume-Uni, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Université John Moores (Liverpool), 2005).
59. Amanda Baker, Nicole K. Lee et Linda Jenner, éd., *Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users*, 2^e éd., National Drug Strategy Monograph Series n° 51 (Canberra, Department of Health and Ageing, Australie, 2004), p. 141.

60. Youth programmes take a pop-culture approach", *AIDS Alert*, août 2000 (<http://www.ahcpub.com/online.html>).
61. D. White et M. Pitts, "Educating young people about drugs: a systematic review", *Addiction*, vol. 93, n° 10 (1998), p. 1475 à 1487.
62. Nancy S. Tobler, "Lessons learned", *The Journal of Primary Prevention*, vol. 20, n° 4 (2000).
63. W. B. Hansen et J. W. Graham, "Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms", *Preventive Medicine*, vol. 20, n° 3 (1991), p. 414 à 430.
64. Nancy S. Tobler, "Drug prevention programs can work: research findings", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 11, n° 3 (1993).
65. G. J. Botvin *et al.*, "Preventing adolescent drug abuse through a multi-modal cognitive-behavioural approach: results of a 3-year study", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 58, n° 4 (1990), p. 437 à 446.
66. Marcus Freitag, "In-school prevention of the use of party drugs: initial experience and evaluation results", *Ecstasy: Use and Prevention, Empirical Research Results and Guidelines* (Cologne, Allemagne, Centre fédéral d'éducation sanitaire, 1998), vol. 2, p. 161 à 174.
67. Margaret Usha D'Silva *et al.*, "Drug use prevention for the high sensation seeker: the role of alternative activities", *Substance Use and Misuse*, vol. 36, n° 3 (2001), p. 373 à 385.
68. P. Tossmann *et al.*, *Demand Reduction Activities in the Field of Synthetic Drugs in the European Union: Final Report* (Lisbonne, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 1999).
69. Catherine Spooner, Wayne Hall et Michael Lynskey, *Structural Determinants of Youth Drug Use*, (Canberra, National Council on Drugs, Australie, 2001).
70. H. S. Lonczak *et al.*, "Effects of the Seattle social development project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 156, n° 5 (2002).
71. L. J. Schweinhart, H. V. Barnes et D. P. Weikart, *Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 27*, Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation n° 10 (Ypsilanti, Michigan, High Scope Press, 1993).
72. Conduct Problems Prevention Research Group, "The fast track experiment: translating the developmental model into a prevention design", *Children's Peer Relations: From Development to Intervention*, Janis B. Kupersmidt et Kenneth A. Dodge, éd. (Washington, (D.C.), American Psychological Association, 2004), p. 181 à 208.
73. Karol L. Kumpfer, "Effectiveness of a culturally tailored, family-focused substance abuse program: the strengthening families program", document présenté à la National Conference on Drug Abuse Prevention Research, Washington (D.C.), 19 et 20 septembre 1996, disponible sur <http://165.112.78.61/MeetSum/CODA/Effectiveness.html>.
74. R. Mathias, "Shortened family prevention programs yield long-lasting reductions in adolescent drug abuse", *NIDA Notes, Research Findings*, vol. 17, n° 2 (National Institute on Drug Abuse, 2002).

75. L. Eggert *et al.*, "Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development program", *American Journal of Health Promotion*, vol. 8, n° 3 (1994), p. 202 à 215.
76. M. C. Carmona *et al.*, *A Guide for Evaluating Prevention Effectiveness*, Center for Substance Abuse Prevention Technical Report (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998).
77. Jonathan P. Caulkins *et al.*, *An Ounce of Prevention, a Pound of Uncertainty: The Cost Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs* (Santa Monica, California, RAND Drug Policy Research Center, 1999).
78. G. Browne *et al.*, "When the bough breaks: provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole-support parents on social assistance", *Social Science and Medicine*, vol. 53, n° 12 (2001), p. 1697 à 1710.

Annexe. Sources d'informations complémentaires

Exemples de stratégies antidrogue

National Drug Strategy en Australie (<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/>)

National Drug Strategy au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (<http://www.drugs.gov.uk/>)

Preventing harm from psychoactive substance use (Vancouver, Canada, Drug policy Program, 2005) (<http://www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars/pdf/PrevHarmPsychoSubUse.pdf>)

Exemples de stratégies portant spécifiquement sur les STA

Crystal Meth and Other Amphetamines: An Integrated Strategy (Colombie Britannique, Canada, 2004) (http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/meth_final.pdf)

2005 Statewide Strategy Recommendations: A Comprehensive Plan for New Mexico Communities (Nouveau-Mexique, États-Unis d'Amérique, Methamphetamine Working Group, septembre 2005) (http://www.drugpolicy.org/docUploads/NM_Methamphetamine2005Recommendations_Final.pdf)

Methamphetamine Action Plan en Nouvelle-Zélande, 2003 (<http://www.ndp.govt.nz/publications/methamphetamineactionplan.html>)

Informations sur les réseaux épidémiologiques

Community Epidemiology Work Group, National Institute on Drug Abuse des États-Unis d'Amérique (<http://www.drugabuse.gov/CEWG/Reports.html>)

South African Community Epidemiology Network on Drug Use (<http://www.sahealthinfo.org/admodule/sacendu.htm>)

Informations sur les méthodes d'évaluation rapide

G. V. Stimson *et al.*, "Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems", *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, n° 3 (1991) p. 317 à 325.

Rapid Assessment and Response Technical Guide (Organisation mondiale de la santé) (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>)

Informations sur la définition du groupe cible

Catherine Spooner, Wayne Hall et Michael Lynskey, *Structural Determinants of Youth Drug Use*, Australian National Council on Drugs, 2001 (http://www.ancd.org.au/publications/pdf/rp2_youth_drug_use.pdf)

Preventing Amphetamine-Type Stimulant Use among Young People: A Guide for Practitioners, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (publication des Nations Unies), tableau 3: Potential risk and protective factors.

Informations sur la participation des jeunes à l'évaluation de la situation locale

Un bon départ! Bonnes pratiques s'agissant de profiter d'une évaluation de la situation locale pour mettre en route un projet de prévention de l'abus de substances chez les jeunes, Initiative mondiale de l'Organisation des Nations Unies et de l'Organisation mondiale de la santé sur la prévention primaire de l'abus de substances (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.04.XI.22) (Vienne, 2004) (http://www.unodc.org/pdf/globalinitiative/initiative_goodpractice_assessing_strong_start.pdf)

Informations sur la participation des jeunes aux plans

"Youth participation: what is it about?" (McCreary Centre Society) (http://www.mcs.bc.ca/ya_base.htm)

Gerison Landsdown, "Youth participation in decision-making", *World Youth Report 2003: The Global Situation of Young People* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.03.IV.7), chap. 10 (<http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/ch10.pdf>)

Informations sur la prévention globale

"Studying comprehensive drug abuse prevention strategies", National Institute on Drug Abuse des États-Unis, NIDA Notes, vol. 14, n° 5 (décembre 1999) (http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/Studying.html)

"Promotion de la santé dans les collectivités et les écoles", Association canadienne pour la santé en milieu scolaire (<http://www.safehealthyschools.org/index.htm>)

Informations sur les méthodes de prévention fondées sur des données factuelles

Yuko McGrath *et al.*, "Drug use prevention among young people: a review of reviews — evidence briefing update", National Institute for Health and Clinical Excellence du Royaume-Uni, 2006 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/>)

David Hawks, Katie Scott et Myanda McBride: *Prevention of Psychoactive Substance Use: A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/prevention_substance_use.pdf)

Informations sur l'évaluation des programmes de prévention de l'abus de substances

Overall Evaluation: Baseline Assessment Guidelines and Instruments (Initiative mondiale du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues et de l'Organisation mondiale de la santé sur la prévention primaire de l'abus de substances, 2002) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_MSD_MER_02.10.pdf)

“Building a successful prevention program. Step 7: Evaluation”, Center for Substance Abuse Prevention, Western Center for the Application of Prevention Technologies des États-Unis (<http://captus.samhsa.gov/western/resources/bp/step7/index.cfm>)

Jonathan P. Caulkins *et al.*, *An Ounce of Prevention, a Pound of Uncertainty: The Cost Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs*, Santa Monica, Californie, RAND Drug Policy Research Center, 1999 (http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR923/)

Informations sur la valorisation des ressources humaines travaillant dans le domaine de la lutte contre la drogue

Section sur la planification des personnels de la Drug Strategy du Royaume-Uni (<http://www.drugs.gov.uk/drug-strategy/workforce-planning/>)

“Workforce development”, document d’orientation de l’Alcohol and Other Drugs Council de l’Australie (http://www.adca.org.au/policy/policy_positions/2.11Workforce_development_23.10.03.pdf)

Autres sources d’information

Ecstasy and amphetamines: Global Survey 2003, publication des Nations Unies, numéro de vente: E.03.XI.15, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2003 (http://www.unodc.org/pdf/publications/report_ats_2003-09-23_1.pdf)

Linda R. Gowing *et al.*, *Ecstasy, MDMA and Other Ring-substituted Amphetamines (summary)* (Organisation mondiale de la santé, 2001) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.3_summary.pdf)

Gouvernement des États-Unis, Methresources (<http://www.methresources.gov/>)

Ecstasy: Use and Prevention, Empirical Research Results and Guidelines, Cologne, Allemagne, Centre fédéral d’éducation sanitaire, 1998 (http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60801070.pdf)

Drugs and Crime Prevention Committee du Parlement du Victoria, Inquiry into Amphetamine and “Party Drug” Use in Victoria, final report, mai 2004

Best practices in school drug education, Centre for Health and Drug Education, Australie (<http://www.aboutdrugeducation.com/>)

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.



Printed in Austria

V.06-58959—August 2007—140



NATIONS UNIES
Office contre la drogue et le crime

Centre international de Vienne, Boîte postale 500, 1400 Vienne (Autriche)
Téléphone: (+43-1) 26060-0, Télécopieur: (+43-1) 26060-5866, Internet: www.unodc.org



United Nations publication
ISBN: 978-92-1-248156-2
Sales No. F.07.XI.7
V.06-58959—August 2007—140