

RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DES SUBSTANCES AUTRES QUE PAR INJECTION



Council of Europe Publishing
Editions du Conseil de l'Europe

RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES AUTRES QUE PAR INJECTION

a c t e s

Séminaire organisé par
le Groupe de coopération en matière de lutte
contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants
(Groupe Pompidou)

Strasbourg (France), 21-22 février 2002

Drogues et toxicomanie

Conseil de l'Europe

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

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

Editions du Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

ISBN 92-871-5329-9

© Conseil de l'Europe, septembre 2003

Imprimé dans les ateliers du Conseil de l'Europe

Tables de matières

Le Groupe Pompidou	5
Avant-propos	7
Rapport Préliminaire	9
Emergence du concept de réduction des risques en Europe et difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de tels programmes – définition du concept	27
Peter Cohen (Pays-Bas).....	27
Problèmes spécifiques liés à la consommation d’alcool ou de drogues lors de la conduite automobile.....	33
Michèle Muhlmann-Weill (France)	33
Etat des lieux et développement de stratégies de réduction des risques à l’attention de consommateurs de produits de synthèse	43
Andrew M Bennett, HIT (Royaume-Uni)	43
Réponses personnalisées par ordinateur et consommation d’alcool ...	55
Andrée J. van Emst (Pays-Bas).....	55
Education par les pairs et les intervenants sur le terrain	61
Ragnhild Bruun (Norvège).....	61
Comprehensive policies and integrated approaches - the example of the city of Rotterdam.....	71
Wouter de Jong (Pays-Bas).....	71
Réduction des risques dans l’univers de la nuit.....	73
Considérations nationales et internationales	73
Mark A. Bellis, Karen Hughes & Helen Lowey (Royaume-Uni)	73
Conclusions	91
Milan Krek (Slovénie)	91
ANNEXE I - PROGRAMME	97
ANNEXE II - LISTE DES PARTICIPANTS	101

Le Groupe Pompidou

Le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) est un organe intergouvernemental créé en 1971. Depuis 1980, il déploie ses activités dans le cadre du Conseil de l'Europe. Forum multidisciplinaire de la grande Europe, il permet aux responsables politiques, aux professionnels et aux experts d'échanger idées et informations sur les divers problèmes posés par l'abus et le trafic illicite des stupéfiants . Son programme de travail actuel vise notamment à promouvoir les stratégies globales de lutte contre la drogue aux niveaux national, régional et local, à améliorer les systèmes de collecte de données en Europe, à y encourager l'échange de connaissances et d'expériences en matière de réduction de la demande, entre administrations concernées et groupes professionnels, à y promouvoir l'application efficace des traités internationaux de contrôle des drogues et à améliorer la collaboration transfrontalière contre le trafic.

Les opinions exprimées dans la présente publication appartiennent à leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Conseil de l'Europe/Groupe Pompidou.

Avant-propos

Le Séminaire sur le sujet «Réduction des risques liés à l'usage de substances autre que par injection», organisé par le Groupe Pompidou dans le cadre de son programme de travail 2000-2003, s'est tenu à Strasbourg les 21 et 22 février 2002. Vingt et un pays y ont participé.

Dans le but d'assurer une participation multidisciplinaire, la réunion était adressée aux responsables politiques ou à leurs représentants, mais également aux professionnels travaillant "sur le terrain" dans des différents domaines et programmes de réduction des risques. Pendant les deux jours du séminaire, la Présidence a été assurée successivement par Monsieur Patrick Sansoy (France), Madame Mari Jarvelaid (Estonie), Monsieur Bernard Vandebosch (Belgique) et Monsieur Milan Krek (Slovénie), ce-dernier ayant été aussi le rapporteur général. Le programme et la liste des participants figurent en annexe.

Cette publication a été produite dans le cadre du séminaire. Elle contient à la fois le rapport préliminaire (une revue des articles de recherche consacrés à ce sujet), rédigé par Monsieur Wouter de Jong (Pays-Bas) ainsi que les textes des conférences présentées pendant le séminaire.

Rapport Préliminaire

Introduction

A la demande du Groupe Pompidou, une revue des articles de recherche consacrés aux expériences et exemples de politiques de réduction des risques en Europe a été menée.

La collecte et l'analyse des données ont été effectuées entre juin et août 2001. Les résultats sont présentés dans ce rapport.

Le but de ce rapport est de fournir une base à de plus amples discussions critiques sur la pertinence et l'impact des interventions en matière de réduction des risques, qui auront lieu lors d'une réunion des membres du Groupe Pompidou ultérieurement au cours de cette année. Comme il en a été convenu auparavant, l'auteur a essayé de ne pas tirer de conclusions ou de faire des commentaires d'évaluation à propos des interventions en matière de réduction des risques.

Méthode

Afin d'identifier et de sélectionner les articles et la documentation pour la revue, une stratégie de recherche fut adoptée. Il fut ainsi décidé que le champ de la recherche serait large : y figureraient les interventions en matière de réduction des risques de tous les Etats membres du Conseil de l'Europe portant sur toute une variété de substances incluant l'alcool, le tabac, l'héroïne, l'ecstasy, la cocaïne, la marijuana et les substances volatiles. En raison des ressources disponibles et du temps imparti pour mener la recherche, il fut également décidé de limiter la recherche à des exemples et des articles publiés en anglais depuis 1996, ainsi qu'à des publications écrites en français mais disposant d'un résumé écrit en anglais. Trois différentes bases de données en ligne furent utilisées pour conduire la recherche.

Sources

Les bases de données utilisées pour conduire la recherche sont MEDLINE, PsycINFO et EDDRA.

MEDLINE est une base de données bibliographiques de la bibliothèque nationale de médecine (National Library on Medicine) (NLM) aux Etats

Unis, couvrant différents domaines incluant la médecine, le nursing (soins infirmiers) et le système de santé. MEDLINE contient des références bibliographiques et des résumés d'auteurs de plus de 4.000 journaux de biomédecine publiés aux Etats-Unis et dans 70 autres pays. Le fichier contient plus de 11 millions de références remontant jusqu'au milieu des années 70. La couverture est mondiale, mais la plupart des références proviennent de sources de langue anglaise ou ont des résumés en anglais.

PsycINFO est une grande base de données de l'association de psychologie américaine qui contient des résumés et des références de 1500 journaux.

EDDRA est la base de données en ligne de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) sur les interventions en matière de réduction de la demande au sein de l'Union Européenne. L'insertion dans la base de donnée des interventions est faite par les coordinateurs nationaux d'EDDRA. L'information sur les interventions est recueillie et décrite dans un format standardisé. La priorité d'EDDRA concerne les drogues illicites mais pas exclusivement. Figurent également dans EDDRA des informations sur les résultats d'évaluation. Il apparaît cependant que la plupart des interventions sur EDDRA sont soit non évaluées ou ne fournissent que des informations limitées sur les résultats d'évaluation.

Stratégie de recherche et termes utilisés

Dans PsycINFO et MEDLINE quatre séries (set) de recherche ont été menées (voir le cadre)

Cadre : stratégie de recherche PsycINFO et MEDLINE

Set 1. Adresse de l'auteur (par ex. 'Suède' ou 'Danemark' ou 'Finlande' ou 'Pologne' ou (etc.)

Set 2. Texte libre sur le type d'intervention: 'Réduction des dommages' ou 'Minimisation des dommages' ou ' Réduction des risques' ou ' Minimisation des risques' ou 'Réduction de la demande' ou 'Thérapie de maintenance' ou 'Maintenance à la méthadone' ou 'Intervention*' ou 'Politique' ou 'Prévention*'.

Set 3. Texte libre sur le type d'usage de substance : usage d'alcool ou abus d'alcool ou Alcoolisme ou tendances à boire de l'alcool ou Intoxication alcoolique ou usage de tabac ou arrêt du tabac Arrêt de l'usage de drogues ou de l'abus de drogues ou abus de drogues ou abus de substances ou Amphétamines ou Méthamphetamines ou Cannabis ou Marijuana ou Hashish ou Ecstasy ou MDMA ou Cocaïne ou Crack ou Héroïne ou Usage de drogues par voie intraveineuse ou Substance volatile

Set 4 : set 1 et set 2 et set 3.

Avec EDDRA, qui est une base de données beaucoup plus petite, nous avons utilisé une large variété de termes de recherche à travers lesquels nous avons dû parcourir presque toute la base de données.

Sélection des publications

Les publications incluses dans la revue ont été identifiées à travers un processus de sélection par étapes.

Les premières recherches ont eu pour résultat de longues listes de titres de publications. A travers la lecture des titres et en fonction de leur pertinence pour la revue, la plupart des titres ont pu être éliminés, aboutissant ainsi à une liste de 339 titres et résumés susceptibles d'être inclus dans la revue. A travers la lecture des résumés, une autre sélection des titres a été faite. Par exemple, des études d'évaluation ont été incluses lorsque l'étude comportait des groupes de contrôle ou un profil longitudinal. De façon générale, sont EXCLUES de l'étude : les publications sur des enquêtes transversales sans groupes de contrôle; des études générales de prévalence et d'incidence qui prétendent indiquer les conséquences de politiques généralisées de réduction des dommages; des études sur le maintien en traitement de patients dans certains programmes; des études sur les effets sur la santé parmi les usagers de drogues infectés par le VIH avant l'introduction de multi-thérapies ; les études dans lesquelles les relations entre la diminution de l'usage de substances et la réduction des risques sont mesurées sans spécifier le type d'intervention(s) responsable de cet effet.

Un certain nombre de résumés sélectionnés ne fournissait pas d'informations suffisantes sur le contenu ; dans la plupart des cas, les articles dans leur intégralité furent demandés et obtenus.

La prochaine étape a été de catégoriser tous les titres sélectionnés en tant que publication de recherche, d'intervention ou revue, de coder les publications et de les résumer systématiquement dans la grille de données.

Outre la recherche parmi les bases de données en ligne, une brève recherche fut entreprise pour identifier et recueillir des rapports potentiellement intéressants des diverses organisations internationales, tels que l'OMS Europe, l'Union Européenne et l'OEDT, ce qui a permis d'ajouter à la revue 5 rapports et publications supplémentaires (REV 09-13).

La procédure de recherche et de sélection a finalement abouti à une sélection de 77 publications (résumés, articles entiers et rapports), incluant 30 publications orientées sur l'intervention (codées INT**), 33 publications de recherche (RES**) et 14 revues (REV**). La grille de

données comportant les publications codées et résumées, qui forme la base de la revue, figure en ANNEXE à ce rapport.

Limites de la méthode

Cette revue ne devrait pas et ne peut pas être considérée comme une évaluation complète de toutes les interventions en matière de réduction des risques qui existent dans les Etats membres du Conseil de l'Europe. En premier lieu, nombre d'interventions pertinentes ne font probablement pas l'objet d'une publication.

Par exemple, dans la ville de Rotterdam aux Pays-Bas, il existe actuellement 80 interventions distinctes concernant les drogues illicites, qui sont mises en œuvre par les organisations chargées de la prise en charge de la toxicomanie. Plus de la moitié de ces interventions peuvent être définies en tant qu'interventions de réduction des risques. A l'exception d'une intervention (le traitement de substitution à l'héroïne), aucune des autres interventions ne figurent dans les publications apparaissant dans les bases de données utilisées pour notre recherche.

Une deuxième raison de ne pas considérer cette revue en tant que représentative des activités de réduction des risques est la décision de ne sélectionner que les publications de langue anglaise (ou française à condition que le résumé soit en anglais). Il est évident que les interventions dans certains pays sont sur-représentées alors que d'autres sont sous représentées. Par exemple, au cours de la recherche, nous avons rencontré un certain nombre de titres et de résumés d'auteurs italiens et espagnols. Cependant, certains résumés n'ont pu être inclus dans la revue en raison d'une part de l'information trop limitée et en raison d'autre part de l'impossibilité de lire le texte complet des résumés écrits dans la langue maternelle des auteurs.

Avant de présenter les résultats de la revue, attachons-nous d'abord au concept de réduction des risques.

Définition de la réduction des risques

Une caractéristique du discours international sur l'alcool, le tabac et les autres substances psycho-actives, est qu'il n'existe pas une uniformité dans la terminologie. Par exemple, il est possible de trouver dans les publications en anglais, une variété de termes pour des personnes qui consomment une certaine substance et qui font l'objet d'une publication, tels que : drug abuser (personne faisant un usage abusif de drogues), drug misuser (pas de distinction en français avec drug

abuser), usager de drogues, usager de substances, usager de substances psychoactives ou toxicomane. Très souvent, il n'est pas précisé de qui l'on parle. Des termes différents peuvent être utilisés pour la même population ou parfois, les mêmes termes sont utilisés pour des populations différentes. Il n'est pas rare de laisser au lecteur le choix de deviner à quoi ou à qui l'auteur fait référence.

Le terme réduction des risques est également un terme qui n'est pas utilisé de façon uniforme. Différentes personnes peuvent comprendre différentes choses sous le terme réduction des risques. Avoir une société complètement abstinente réduira certainement (ou même éliminera) les risques de consommation de drogues, la question se pose alors de la différence entre réduction des risques et des approches de réduction de l'offre, réduction de la demande et réduction des dommages. Afin de définir plus précisément le champ de la revue, le premier exercice est de définir alors le concept de réduction des risques.

D'après le Programme des Nations Unies sur le Contrôle des Drogues, la réduction des risques est liée au concept de réduction des dommages. La réduction des risques est décrite en tant que "politiques ou programmes visant à réduire le risque des dommages provenant de l'alcool et des autres drogues" (Glossaire sur la réduction de la demande du PNUCID). Dans cette définition, la réduction des risques est un moyen d'obtenir la réduction des dommages. La réduction des dommages ou la minimisation des dommages est décrite en tant que "politiques ou programmes qui visent directement à réduire les dommages causés par l'usage d'alcool ou d'autres drogues, sans exiger forcément l'abstinence".

Dans EDDRA, la base de données en ligne de l'OEDT, la réduction des dommages est définie en tant que : "toute activité visant à arrêter les pratiques de consommation nuisibles ou à diminuer les problèmes de santé et les problèmes sociaux liés aux drogues ou la mort. Elle n'envisage pas un statut d'abstinence ou la réinsertion des usagers."

Pour les chercheurs, le concept de réduction des risques peut présenter un avantage pratique par rapport à la réduction des dommages, par exemple, lorsque les résultats de la réduction des risques (tels qu'une diminution du partage de seringues) sont plus faciles à mesurer que les résultats de la réduction des dommages (dans ce cas, réduction de l'incidence de VIH). Dans le domaine de la politique et de la mise en œuvre, nous avons l'impression que le recours aux termes réduction des risques ou réduction des dommages ne se base pas sur une compréhension précise des définitions. C'est la raison pour laquelle,

pour l'objectif de notre recherche, nous n'avons pas considéré utile de différencier les programmes de réduction des risques des programmes de réduction des dommages.

Dans une définition large de réduction des risques ou réduction des dommages, des programmes orientés sur l'abstinence peuvent être considérés comme réduisant les dommages s'il est démontré qu'ils réduisent les dommages liés aux drogues. La définition la plus communément utilisée fait référence à des interventions qui visent à influencer l'usage de drogues parmi les usagers actuels, avec un accent sur la réduction des comportements à risques et des effets nuisibles de l'usage de drogues, sans exiger une abstinence. Dans le cadre de cette revue, cette dernière (étroite) définition de la réduction des risques est utilisée, signifiant ainsi que ne pas exiger l'abstinence a été un critère majeur d'inclusion des publications sur les interventions dans cette revue. Celle-ci comprend également des interventions définies en tant que réduction des dommages, minimisation des dommages et minimisation des risques.

Resultats

Résultats généraux

Comme le montre le tableau ci-dessous, les interventions couvertes dans les publications sélectionnées sur les interventions et la recherche ne sont pas uniformément réparties sur la région Europe. Plus de la moitié des 63 publications portant sur la recherche et les interventions se réfèrent à des interventions dans 5 pays : les Pays-Bas (13), le Royaume-Uni (6), la France (6), l'Allemagne (5) et la Suisse (5).

La plupart des interventions figurant dans les publications qui ont été sélectionnées visent les risques provenant de l'utilisation de substances isolées : tabac, alcool et drogues illicites. Une seule publication fait référence à une intervention visant une population mixte d'usagers de substances licites et illicites. La grande majorité des publications sur la recherche et les interventions (52 sur 63) traite d'interventions visant les usagers de drogues illicites.

Tableau : couverture des publications sur les interventions et la recherche par pays et substance

PAYS	TABAC	ALCOOL	DROGUES ILLICITES		TOTAL
			Héroïne	Ecstasy, autres	
Autriche	1		3		4
Belgique			3		3
Danemark		1			1
Finlande		1			1
France			6		6
Allemagne		1	3	1	5
Grèce			1		1
Irlande			3		3
Italie		1	3	1	5
Luxembourg			1		1
Pays-Bas		1	8	4	13
Norvège	2				2
Espagne	1		2		4
Suède		1	2		3
Suisse			5		5
Royaume-Uni			3	3	6
Total	4	7	43	9	63

Un certain nombre d'Etats membres du Conseil de l'Europe ne sont pas représentés dans les publications sur les interventions et la recherche.

Aucune publication ne fut identifiée pour la Bulgarie, la Croatie, Chypre, la République tchèque, l'Estonie, la Hongrie, le Liechtenstein, Malte, la Pologne, la Fédération de Russie, Saint Marin, la Slovaquie, la Slovénie et la Turquie.

La sous représentation des interventions dans ces pays est en partie corrigée par le recours à de la documentation (revues, rapports les plus actuels, programmes d'action des organisations internationales) fournissant des informations supplémentaires sur les programmes de réduction des risques dans la région européenne; notamment les rapports de l'OMS Europe et le rapport annuel sur l'état du problème des drogues dans l'Union Européenne de l'OEDT se sont avérés d'une grande utilité.

En outre, comme le montre le tableau ci-dessous, les publications sur les revues montrent également une information plus équilibrée à propos des différentes substances.

Tableau : publications sur les revues (14) couverture par substance

	TABAC	ALCOOL	DROGUES ILLICITES	
			Héroïne	Extcasy, autres
Publications concernant les revues	7	4	6	2

Tabac

Le tabac est mauvais pour la santé et il n'est pas nécessaire de développer davantage. Les dommages liés au tabac incluent la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires et le cancer des poumons, qui sont des maladies ayant une forte prévalence en Europe.

En particulier, le goudron et le monoxyde de carbone et les produits de combustion toxiques dans la fumée du tabac peuvent causer des maladies liées au tabac. Il est prouvé que la nicotine, en dehors de son potentiel de dépendance physique, est en elle-même non toxique.

Comme le niveau de la mortalité liée au tabac est dans une large mesure reflété par le niveau de tabac au sein de la population, il n'est pas surprenant que beaucoup de pays en Europe aient développé des politiques de contrôle du tabac dans le but de réduire la demande de tabac.

La réduction des risques n'est pas une approche communément utilisée dans le domaine de la politique de contrôle du tabac. L'approche principale des instances politiques nationales et internationales est orientée vers l'arrêt de la consommation de tabac. Le but final est une société sans tabac. Cependant, si l'on considère les instruments politiques des politiques de contrôle de tabac généralement appliqués, les mesures spécifiques et les programmes peuvent être considérés dans l'ensemble comme des mesures de réduction des risques, visant à réguler les comportements fumeurs sans exiger l'abstinence. Les mesures de réduction des risques incluent le contrôle de substances nuisibles dans le tabac (niveaux de goudron et de nicotine), les règlements concernant les environnements non-fumeurs et la fourniture

d'une thérapie de substitution à la nicotine (Nicotine Replacement Therapy) (NRT).

L'OMS joue un rôle clé comme organisation internationale chargée du développement de stratégies de contrôle du tabac et la promotion d'interventions (par exemple le cadre politique de la santé pour tous dans la région de l'OMS (OMS 1998) et le troisième plan d'action pour une Europe sans tabac (1997 – 2001), dans lequel 5 stratégies clés sont présentées : régulation du marché, litiges et responsabilités du produit, environnement non-fumeur, soutien pour l'arrêt du tabac et l'éducation, information du public et mobilisation de l'opinion publique. L'accent est mis sur la réduction des dommages causés par le tabac.

Afin de promouvoir la mise en œuvre du plan d'action en Europe, l'OMS a démarré le projet de partenariat européen de l'OMS sur la dépendance au tabac avec pour objectif de réduire les maladies et les décès liés au tabac parmi les fumeurs dépendants. Les pays cibles de départ pour le programme sont le Royaume-Uni, la France, la Pologne et l'Allemagne. Bien que la plupart des efforts aient pour objectif d'arrêter de fumer, l'OMS soutient également les initiatives visant à la diminution du nombre de cigarettes parmi les fumeurs dépendants, à travers l'utilisation de produits de substitution à la nicotine.

La plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe ont des réglementations concernant les niveaux de goudron/nicotine et les environnements non-fumeurs visant à protéger les non-fumeurs. Dans les pays d'Europe de l'Ouest, il existe généralement davantage de réglementations que dans les pays d'Europe centrale et orientale.

Dans la plupart des pays européens, les produits de substitution à la nicotine (tels que les timbres, gommes à mâcher, produits à inhaler) peuvent être fournis sous de strictes conditions. Dans certains pays, une prescription est nécessaire pour obtenir ces produits de substitution, dans d'autres, la vente au comptoir est permise mais réservée aux pharmacies. D'après l'un des auteurs, un accès plus large à la thérapie de substitution à la nicotine bénéficierait à la réduction des risques à travers les produits de substitution à la nicotine. Le Danemark est le premier pays dans lequel les autorités ont accordé aux fumeurs le droit d'utiliser des produits de substitution à la nicotine tout en continuant, en même temps, à fumer moins de cigarettes (REV04).

Au cours de notre recherche, nous avons identifié 11 articles concernant les programmes de réduction des risques du tabac ; 3 articles de recherche (comprenant deux revues internationales d'articles, 1 article décrivant une intervention et 7 articles de revue).

L'effet le plus significatif sur la réduction de la consommation quotidienne de cigarettes apparaît dans une étude bien conçue (en double aveugle, avec contrôle du placebo, et randomisée) sur l'effet de la thérapie de substitution à la nicotine (REV07). Dans les essais, à l'Université de Bâle, des niveaux significatifs de diminution de la consommation furent trouvés parmi les groupes expérimentant la thérapie de substitution à la nicotine comparés aux groupes de contrôle. Bolliger c.s. concluent que la diminution du nombre de cigarettes est un objectif légitime lorsque l'arrêt n'est pas faisable (REV07). Des effets positifs furent également obtenus à partir d'un programme de prévention du tabac parmi les élèves d'une école secondaire (RES17). Moins efficaces semblent être une intervention concernant un groupe d'entraide (RES15) et une thérapie d'hypnose testée auprès de femmes enceintes fumant des cigarettes (RES20).

Dans un des articles de revue, la conclusion est que la thérapie comportementale et la thérapie de substitution à la nicotine sont les thérapies ayant les plus grandes chances de réussir dans le cadre de la diminution de consommation de cigarettes (REV01). Une autre conclusion est qu'il n'existe pas de fait indiquant que les programmes de diminution de la consommation de cigarettes portent préjudice aux programmes visant à l'arrêt du tabac. L'autre article de revue fait une évaluation des effets des programmes visant à empêcher les jeunes enfants à être exposés à la fumée du tabac. La revue montre, d'après l'auteur, qu'un facteur décisif de succès de ces programmes est de s'attacher à réussir de renforcer la confiance des parents en leur capacité à créer un environnement non-fumeur (REV05).

La plupart des auteurs dans cette section soulignent qu'il existe des arguments favorables aux programmes de diminution de la consommation de cigarettes, qui sont complémentaires aux mesures orientées vers l'abstinence.

Dans un article (REV04), les arguments en faveur des programmes de diminution de la consommation de cigarettes sont résumés de la façon suivante :

- Les programmes pour arrêter de fumer n'ont qu'un succès modéré.
- Arrêter de fumer a tendance à aider les fumeurs faiblement dépendants qui peuvent arrêter facilement, augmentant ainsi la proportion relative de fumeurs fortement dépendants qui sont incapables de s'arrêter brutalement au sein d'une population de fumeurs.

- En se basant sur une relation dose-réponse pour nombre de maladies liées au tabac, il est admis que la diminution de la consommation de cigarettes réduit les risques.

Hughes affirme également que les programmes de diminution de la consommation de cigarettes marchent, bien que l'hypothèse selon laquelle la diminution de la consommation est également bénéfique pour la santé reste encore à prouver.

D'après l'auteur, la thérapie comportementale et la thérapie de substitution à la nicotine sont les méthodes de réduction des risques les plus prometteuses. (REV01)

Il existe un certain nombre de changements comportementaux chez les fumeurs qui peuvent mener à une diminution efficace de leur consommation, incluant des périodes à court terme d'abstinence (volontaire ou forcée), des diminutions dans la consommation de cigarettes et des diminutions dans l'absorption de fumée de cigarettes à travers la consommation moins intensive de cigarettes.

Le recours à une thérapie de substitution à la nicotine peut aider les fumeurs à changer leurs modes de consommation.

La gamme complète d'utilisations possibles de thérapie de substitution à la nicotine est la suivante (REV04) :

- contrôle du symptôme de manque au cours de l'arrêt (soulagement du symptôme)
- aide à l'arrêt de fumer (prévention primaire et secondaire)
- aide à la diminution de la consommation de cigarettes (prévention primaire ou secondaire)

Alcool

Dans la région Europe, l'alcool est la plus populaire des substances psychoactives. La vaste majorité des gens aiment l'alcool, pour ses effets, son goût et le rituel dans les célébrations et festivités. En même temps, l'alcool cause des dommages sérieux à un grand nombre de personnes, y compris la mort précoce. Les dommages liés à l'alcool incluent les maladies (fatales) telles que les maladies chroniques du foie, les cirrhoses et les psychoses alcooliques et l'alcool joue également un rôle dans les blessures et les empoisonnements, les accidents de la route, la violence, la maltraitance d'enfants, la négligence et les crises familiales.

L'incidence de certaines formes de dommages au sein de la société, telles que les cirrhoses, semble être étroitement liée au niveau moyen de consommation d'alcool par personne. C'est en Europe centrale et orientale que l'on trouve les niveaux les plus élevés de maladies chroniques du foie et de cirrhoses ainsi que de consommation d'alcool.

D'autres formes de dommages liés à l'alcool ne présentent pas un lien aussi étroit avec les niveaux de consommation. Par exemple, en 1992, le taux de décès causés par les accidents de la route dans lesquels l'alcool était présent était plus élevé en Suède qu'en Espagne (12,0 par rapport à 10,6 morts pour 100.000 habitants), alors que la consommation d'alcool en Suède par habitant à cette période représentait la moitié de la consommation d'alcool en Espagne (5,5 litres par rapport à 11,0 litres par personne en 1991). Il est évident que d'autres facteurs, tels que les modes de consommation, la situation du trafic et le comportement général en matière de conduite influencent également le niveau des dommages liés à l'alcool.

Les politiques de contrôle de l'alcool dans la région européenne représentent un mélange d'interventions de réduction de l'offre, réduction de la demande et réduction des risques. Plus que toute autre politique à propos de telle ou telle substance, l'approche dans la plupart des pays s'oriente sur la diminution des dommages causés par l'alcool.

Alors que l'arrêt de la consommation et l'abstinence sont souvent mentionnés comme le but ultime dans les politiques en matière de tabac et de drogues, la plupart des politiques en matière d'alcool visent à réduire les dommages et les risques causés par l'alcool.

Néanmoins, la prévention primaire et les interventions en matière de réduction de la demande (telles que les campagnes de mass media, la prévention basée à l'école, le système d'imposition et les interdictions sur la publicité) représentent une forme importante des politiques mises en place, qui sont basées sur l'hypothèse que la réduction de la demande aboutira en règle générale à une diminution des dommages liés à l'alcool. Les interventions généralement appliquées dans la région Europe qui peuvent être plus ou moins considérées comme des mesures de réductions des dommages ou de réduction des risques sont celles concernant la législation en matière de conduite et d'alcool (limites concernant la concentration autorisée d'alcool dans le sang lorsque l'on conduit, la promotion d'environnement sans alcool (notamment dans les écoles, le lieu de travail et les transports), les restrictions sur les ventes (heures d'ouverture et jours de vente, types et emplacement des locaux), limites d'âge (l'âge minimum est plus

fréquemment 18 ans) et limites imposées sur le contenu maximum d'alcool des boissons.

Les réglementations diffèrent entre les pays. Les réglementations concernant la conduite et l'alcool sont généralement plus sévères en Europe centrale et orientale que dans les pays d'Europe de l'Ouest. D'un autre côté, les restrictions sur la vente et les limites concernant le contenu en alcool sont en général plus strictes en Europe de l'Ouest comparées à l'Europe centrale et orientale. Ce qui n'est pas mentionné dans cette vue d'ensemble est l'existence de services de traitement pour les usagers d'alcool à problèmes dans les divers pays de la région européenne. Bien qu'il soit probable que dans la plupart des pays, le traitement en matière d'alcoolisme existe, nous n'avons pas obtenu d'informations permettant de donner un état des lieux à propos des objectifs et des types de traitement existant dans la région.

Notre recherche a permis de sélectionner 7 articles : 5 articles sur la recherche et 2 articles de revue. Cinq des six articles de recherche font état de l'évaluation d'interventions courtes orientées sur la non-abstinence pour les usagers d'alcool à problèmes, incluant un auto-contrôle assisté par téléphone et un programme d'autogestion (RES04), 3 programmes dans un contexte de santé primaire (RES14 ; RES18 ; RES19) et des cours de formation visant à corriger la conduite sous alcool (RES30). Dans l'autre article de recherche, une comparaison est faite entre les différentes stratégies permettant d'inciter les médecins généralistes à mener des interventions courtes sur l'alcool (RES16).

Les résultats de ces études ne sont ni positifs ni négatifs. Dans les programmes de santé primaire, les comportements en matière d'alcool se sont en général améliorés, mais aucune différence significative ne fut constatée à propos des changements de comportement dans les groupes de contrôle. Dans le programme assisté par téléphone, un effet positif fut constaté à propos de la compliance (suivi du programme), mais aucune information n'est donnée sur les changements en matière de comportement vis à vis de l'alcool parmi les participants au programme. A propos de la meilleure stratégie pour approcher les médecins généralistes (au Danemark), les chances de réussir à impliquer les médecins généralistes sont plus élevées lorsqu'ils sont contactés par l'intermédiaire de leur université; le contact par téléphone et courrier direct semble être moins efficace (RES16).

Dans un article de revue, l'utilisation et l'efficacité de drogues anti-craving (supprimant l'envie) fut évaluée (REV14). A l'opposé de ce qui existe pour l'héroïne et le tabac avec les drogues de substitution, une telle drogue "magique" qui remplacerait l'alcool et empêcherait l'envie

d'alcool n'existe pas encore. Cependant, la recherche de médicaments dans le domaine de la dépendance à l'alcool ne s'intéresse pas aux drogues de substitution, mais semble s'intéresser principalement à l'identification de drogues pharmaceutiques qui diminueraient le désir de boire parmi les personnes dépendantes à l'alcool (ce qui diffère de drogues qui pourraient remplacer l'alcool sans mener à des symptômes de manque). Il apparaît que la compréhension de base du mécanisme d'envie irrésistible (craving) parmi les personnes dépendantes à l'alcool est encore limitée. Un facteur de complication est que les effets de drogues anti-craving (substitution) ne sont pas faciles à mesurer et à comparer, en raison des différents sous-types d'alcoolisme influençant l'intensité de l'envie irrésistible d'alcool. Les meilleures études existant dans ce domaine encore expérimental, d'après l'auteur, sont celles conduites auprès de rats. Un certain nombre d'études (pour la plupart à petite échelle) ont été conduites parmi les êtres humains dépendants à l'alcool. Certains résultats préliminaires positifs sont signalés parmi d'autres (réduction du craving et de la consommation d'alcool), avec les drogues zimetidine, fluoxétine and citalopram ; drogues qui corrigent l'absorption limitée de sérotonine dans le cerveau des personnes dépendantes à l'alcool. Des conclusions sur l'efficacité de ces drogues ne peuvent pas encore être tirées ; selon l'auteur, de nouvelles études à plus grande échelle avec de meilleurs concepts d'études sont nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires. De plus, il est nécessaire de faire plus de recherche sur les effets secondaires et les effets à long terme de ces drogues.

Drogues illicites

Les interventions en matière de réduction des dommages ou réduction des risques se sont développées à travers l'Europe depuis le début des années 80. Les préoccupations en matière de santé publique, concernant la propagation du VIH et de l'hépatite parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, mais également les problèmes croissants d'ordre public dans les grandes villes de certains pays de l'Europe de l'Ouest ont contraint les gouvernements à développer des interventions et à adopter des programmes dont le but principal est de réduire les dommages liés aux drogues. Alors qu'il y a vingt ans, des approches orientées vers la non-abstinence en matière d'usage illicite de drogues portaient encore fortement à controverse et étaient limitées à des interventions spécifiques au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (comme les programmes de traitement de substitution et d'échange de seringues), les interventions en matière de réduction des risques sont devenues plus variées et pratiquées dans plus de pays en Europe.

En dépit de la variété croissante d'interventions en matière de réduction des risques, la plupart de ces interventions visent les usagers d'opiacés les plus problématiques et les plus marginalisés. Les programmes de traitement de substitution et d'échange de seringues représentent les interventions les plus largement pratiquées. De plus, d'autres exemples de programmes de réduction des risques visent souvent les usagers d'héroïne, tels que les programmes d'échange de seringues (RES29, RES31, INT28), la formation à l'utilisation de drogues sans risque et les programmes éducatifs, les structures de consommation de drogues (REV04), la fourniture de filtres pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (RES28), les programmes de logement pour les usagers de drogues sans abris, le test du VIH (INT27) et les programmes de vaccination de l'hépatite. L'intérêt de publier à propos des interventions en matière de réduction des risques visant les usagers de cocaïne (RES32), cannabis (INT06) et amphétamines (INT21) apparaît être beaucoup plus limité. Nous n'avons trouvé aucune publications sur des interventions visant les usagers de substances telles que le LSD, les substances volatiles, les champignons et les substances appelées 'smart drues' ("drogues fessiez").

La plupart des interventions décrites fournissent des informations et éduquent les usagers de drogues en combinant souvent les activités d'approche et de rencontre des usagers et une aide psychosociale supplémentaire, la formation et la fourniture de moyens permettant de réduire les dommages (notamment les seringues et les préservatifs, lorsque le but est la réduction des risques d'infection par le VIH). Les programmes les plus complets, tels que les programmes à seuil d'accès facile en Italie et Irlande, fournissent également des soins dans un centre d'accueil de jour (par ex. un centre halte), un traitement de maintenance à la substitution, des soins de santé de base, soutien social (par ex. logement, emplois), un soutien psychologique, le renvoi à des services d'accès plus difficiles et le soutien aux parents de toxicomanes (INT12, INT13, INT14, INT19, INT26). L'effet de ces services à seuil d'accès facile n'est pas très clair en raison du manque d'études d'évaluation. Il en va de même pour les interventions concernant les activités d'approche et de rencontre des usagers de drogues qui n'ont pas été évaluées.

Drogues de substitution

L'intervention la plus largement décrite et évaluée est la fourniture de drogues de substitution aux usagers d'héroïne dépendants. Il existe une variété de programmes de substitution comportant différentes drogues de substitution, groupes cibles et contextes. Les programmes ont été évalués dans un certain nombre de pays. Les drogues de substitution

incluent la méthadone, la buprénorphine, la codéïne, la morphine et l'héroïne.

Beaucoup de programmes n'ont pas de populations cibles bien définies, tels que les programmes qui sont intégrés dans les services à seuil d'accès facile et la fourniture de drogues de substitution par les médecins généralistes (RES09, REV03). Certaines études et programmes ont des groupes cibles spécifiquement définis, tels que les femmes enceintes consommatrices de drogues (RES05, RES08), les usagers de drogues infectés par le VIH (RES26) et les usagers de drogues en prison (REV06).

De façon générale, les études sur les programmes de substitution suggèrent un résultat positif pour les usagers de drogues qui reçoivent des drogues de substitution. Les programmes ont eu pour résultat une diminution des dommages liés aux drogues auprès de divers indicateurs, tels que la diminution des overdoses (RES06, RES24), l'incidence sur le VIH (RES04) et les comportements à risques (RES03, RES13, RES25) ainsi que des améliorations dans la qualité de vie (RES11) et le fonctionnement social (RES03, RES12).

Sont moins nets les résultats des études portant sur l'évaluation des différences en matière d'effet des drogues de substitution telles que la méthadone et la buprénorphine (RES01, RES02, RES05, RES25), la méthadone et la morphine (RES08), la méthadone et la codeïne (RES10), la méthadone et l'héroïne prescrite (RES12, RES23).

Ont également été évaluées les différences de dosage de méthadone; les études indiquent un effet plus important de doses plus élevées de méthadone sur la diminution de la fréquence d'injection et l'incidence du VIH (RES24, RES26, RES27).

Les données de la recherche ne permettent pas de faire ressortir une "super" drogue de substitution pour les usagers de drogues dépendants à l'héroïne. Tous les substituts semblent avoir leurs propres avantages et inconvénients. En fonction du groupe cible et des buts spécifiques du programme de substitution, il est possible de choisir un certain type, contexte et une procédure de mise en œuvre pour la fourniture de drogues.

Ecstasy: réduction des risques lors de dance parties

Les interventions en matière de réduction des risques destinés aux usagers d'ecstasy sont relativement nouvelles. Dans les publications portant sur les revues, sont décrites des interventions orientées sur

l'ecstasy. Les interventions sont mises en œuvre en Allemagne (INT29), Pays-Bas (INT02, INT29, INT30), Royaume Uni (INT04, INT29) et Italie (INT24). Fournir des informations, des conseils et rencontrer les jeunes au cours des dance parties et dans les bars et discothèques sont les instruments principaux utilisés pour les activités de réduction des risques. En outre, dans certains pays (tels que l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et l'Autriche) le test de la pilule sur le lieu est effectué.

Parfois, comme aux Pays-Bas, le test est combiné avec des campagnes d'alerte dans lesquelles par des dépliants et d'autres moyens, les usagers sont alertés de la (mauvaise) qualité de certaines substances qui sont vendues. En Irlande, les lignes directrices du Royaume-Uni et des Pays-Bas pour les organisateurs de parties et le personnel de discothèque ont été développées et encouragent des conditions sans risque 'safe house' (INT02, INT29).

Les publications concernant l'ecstasy sont exclusivement descriptives. Aucune documentation n'existe sur l'évaluation de ces initiatives.

Substances multiples

Bien que la plupart des publications sélectionnées dans cette revue portent sur les interventions et études consacrées à une substance spécifique, certaines interventions en matière de réduction des risques ne portent pas sur un type spécifique de substance. Bien qu'une orientation vers des substances multiples soit assez commune en prévention primaire (par exemple, beaucoup de programmes de prévention scolaire traitent de substances multiples), nous n'avons pu trouver beaucoup de publications sur la réduction des risques ayant pour objectif à la fois les substances licites et illicites. Nous n'avons trouvé qu'une seule publication qui décrive une intervention brève visant à encourager l'usage modéré auto-contrôlé de substances offertes à la fois aux usagers de drogues illicites et aux usagers problématiques d'alcool (E08). La publication ne fait pas mention de l'effet du programme.

Emergence du concept de réduction des risques en Europe et difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de tels programmes – définition du concept

Peter Cohen (Pays-Bas)

La réduction des risques a toujours joué un rôle dans les politiques en matière de drogues en Europe. Le modèle sur lequel s'appuie la politique en matière de drogues étant bien sûr l'alcool.

Depuis le début de la société industrielle (au milieu du 18^{ème} siècle), la production et la distribution d'alcool ont toujours été soumises à des contrôles de qualité, à des limites d'âge et des frontières géographiques. Les mêmes limites n'ont pas été imposées partout. Par exemple, les contraintes horaires du pub anglais n'ont jamais été introduites sur le continent européen. En Hollande, l'âge autorisé pour acheter de l'alcool est de 16 ans alors qu'aux Etats-Unis, il est souvent de 21 ans.

L'objectif était de maîtriser les risques associés à la consommation d'alcool, mais la définition de ces risques a changé avec le temps et diffère selon les cultures.

Des cultures différentes construisent différentes perceptions des risques liés à l'alcool et la législation en matière d'alcool reflète ces différences culturelles.

Le processus de définition des risques est très important et représente certainement l'aspect le plus important de toutes les politiques de contrôle des drogues. Je vais essayer de le démontrer ci-dessous.

Dans le manuel très intéressant sur la réduction des risques, publié par Pat Erickson et al¹, le livre dans son introduction décompose le paradigme de la réduction des risques en trois niveaux : le conceptuel, le pratique et le politique. Au niveau pratique, la réduction des risques se distingue des autres approches en plaçant l'utilisateur de drogues au centre et en imposant de garantir la coopération des usagers de drogues à l'élaboration des programmes.

¹ "Harm Reduction: A new direction of drug policies and programs" Patricia Erickson, Diane Riley, Yet Cheung, Patrick O'Hare. University of Toronto Press 1997

La pertinence de ce point est évidemment que chaque définition d'un risque et que chaque action à prendre concernant ce risque soient effectuées en coopération avec le groupe dont on essaye de limiter les risques.

Dans l'un des meilleurs rapports de recherche jamais effectués aux Pays-Bas sur l'usage d'ecstasy dans les boîtes de nuit, l'auteur signale que l'objet principal de la recherche est "the analysis of causes of incidents and accidents at large scale house parties » (l'analyse des causes d'incidents et d'accidents lors de grandes house parties) (page 10)².

La méthodologie de cette enquête a permis de faire des interviews très intenses au cours des house parties, menés par des personnes qui étaient acceptées comme faisant partie du groupe.

Plus tard, cette enquête par l'université d'Utrecht sur l'usage d'ecstasy a été suivie par un projet très intéressant et de plus grande envergure pour évaluer une approche de réduction de réduction des risques lors de grandes house parties – le stand de premier secours.³

Les chercheurs ont trouvé de nombreux problèmes différents lors des soirées – à la fois petits et grands problèmes - liés à la consommation de « dance drugs ». Ils ont aussi découvert la façon dont les personnes dans les stands de premier secours faisaient face à ces problèmes. Une des conclusions était que les stands étaient organisés de telle sorte que les personnes qui les dirigeaient bénéficiaient de la confiance des usagers de drogues qui n'hésitaient pas à les solliciter dès qu'un problème apparaissait.

Une autre découverte importante a été de constater que lorsque la police arrivait sur les lieux de danse et commençait à fouiller les jeunes gens qui attendaient à l'entrée, beaucoup d'entre eux avalaient toutes les drogues qu'ils possédaient pour éviter d'être découverts. Ceci entraînait des problèmes d'agression, d'attaques de panique, etc.

Ainsi, la définition du risque- qui le définit, qui en bénéficie - est le point essentiel de tout programme de réduction des risques et le critère principal qui permet de faire la distinction entre une bonne approche de

² "Ecstasy in het uitgaanscircuit" Goof van de Wijngaart et al CVO University of Utrecht, 1997. (Ecstasy and partying)

³ D. de Bruin, N. Maalsté, G. van de Wijngaart (1998). Goed fout gaan. Eerste hulp op grote dansevenementen. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, Universiteit Utrecht. (First aid at large dance parties)

réduction des risques parmi toutes les autres politiques est celui qui repose sur le concept que **la réduction des risques doit être définie et mise en œuvre en tenant compte des intérêts du groupe à risques.**

Quelles en sont les conséquences ?

J'aimerais développer trois points :

- 1) la réduction des risques est une façon d'aborder les questions de politique en matière de drogues, ce n'est pas un programme.
 - 2) La réduction des risques défend les intérêts des personnes indépendamment de leur statut social.
 - 3) Les programmes de réduction des risques sont vains si les personnes en danger ne considèrent pas ces risques comme réels.
- 1) La réduction des risques est une façon d'aborder les questions de politique en matière de drogues, ce n'est pas un programme.

Le concept de risque est complètement neutre en lui-même.

Lorsqu'un risque est défini, ce qu'il faudrait faire n'est pas encore évident. Si des décisions sont prises dans l'optique qu'un groupe particulier et pas un autre doit bénéficier de la réduction des risques, alors à ce moment là seulement la réduction des risques passe d'un concept neutre à un programme ou une approche. Mon opinion en matière de réduction des risques est qu'une analyse des risques devrait être faite à partir de la perspective du preneur de risques et non de ses parents ou de la police.

A ce stade, la direction prise pourrait mener n'importe où pour autant que le preneur de risque soit d'accord avec celle-ci. Chaque groupe, chaque contexte, demandent sa propre analyse et sans les personnes (usagers de drogues) eux-mêmes, un bon programme n'existera pas. Lorsqu'un programme est considéré comme un succès par les usagers de drogues, il pourrait évoluer vers une approche qui soutient la réduction des risques, par exemple, les stands de premier secours dans les lieux où se déroulent les événements musicaux.

Les stands de premier secours fonctionnent en Hollande, mais fonctionneraient-ils en Sicile?

C'est pourquoi je pense que la "réduction des risques n'est pas un programme, juste une approche".

2) La réduction des risques défend les intérêts des personnes indépendamment de leur statut social

On constate souvent que la faiblesse du niveau de statut social est la raison pour laquelle des stratégies bien pensées ne sont pas élaborées. Par exemple, dans le système pénitentiaire des Etats-Unis, où la violence des gardes envers les détenus reste souvent impunie, les détenus présentant des problèmes de drogues dépendent d'une aide extérieure pour la réduction des risques⁴.

La réduction des risques dans ces prisons est nécessaire, mais n'existe pas car les détenus ont en général, un statut très bas aux Etats-Unis.

La meilleure réduction des risques serait des cellules individuelles pour les détenus et d'éviter de les soumettre à la violence des gangs de prison. Si l'on s'attache à la perspective des détenus, il y aurait beaucoup à gagner s'ils pouvaient porter plainte contre des gardes ou des compagnons de cellule violents.

Les personnes travaillant avec les détenus ou les usagers de drogues seront souvent confrontés au problème du faible statut social de ces groupes. Cependant, si la réduction des risques devenait une question sérieuse, la faiblesse du statut social ne serait plus un obstacle.

3) les programmes de réduction des risques sont vains si ceux qui sont en danger ne considèrent pas ces risques comme réels.

Imaginez un programme de réduction des risques qui définit l'usage de drogues lors de soirées comme étant si dangereux qu'il doit être interdit. Beaucoup de groupes seraient en faveur d'un tel programme de réduction des risques mais l'impact d'une telle action serait négligeable et pourrait même avoir un effet négatif. Le problème est que les usagers de drogues lors de soirées ont une optique différente et ne considèrent pas tout usage de drogues comme dangereux.

Contester l'opinion de l'usager de drogues lors de soirées peut être perçu par la majorité ou par des politiciens conventionnels comme très tentant, mais les formes de réduction des risques ne réussiront pas. Pour que des efforts de réduction des risques sérieux réussissent, les responsables politiques doivent admettre que leurs définitions des risques ne sont pas suffisantes. Sans recherche sérieuse, systématique

⁴ Key Lee "A GUARD WHO HAS NEVER OWNED HIS CRIMES" and many others to be found on:<http://www.angelfire.com/fl3/starke/>

et efficace concernant les risques tels qu'ils sont perçus par l'utilisateur de drogues, de telles politiques sont inutiles

.

Problèmes spécifiques liés à la consommation d'alcool ou de drogues lors de la conduite automobile

Michèle Muhlmann-Weill (France)

Les substances à action psychotrope sont des produits qui peuvent modifier à des doses déjà très faibles le fonctionnement cérébral. Si l'on a longtemps réservé le mot « drogues » aux seules substances illicites et aux produits détournés de leur usage comme des médicaments, l'éther, les colles et autres solvants, on parle actuellement de **substances psychoactives** comprenant des produits en vente libre comme l'alcool ou prescrits comme des médicaments.

Les effets varient selon les particularités individuelles : âge, sexe, caractéristiques physiques ou psychiques, - le mode de consommation – absorption buccale, aspiration, inhalation, contact avec les muqueuses ou injection –, les conditions d'hygiène et de vie des consommateurs et les caractéristiques pharmacocinétique de la substance. Après absorption, elle va franchir la barrière hématoencéphalique et gagner le cerveau dont elle va perturber le fonctionnement, altérant la vigilance, les fonctions cognitives, sensorielles et motrices indispensables à la conduite d'un véhicule. L'effet de l'alcool sur l'aptitude à la conduite est bien connu depuis longtemps, mais devant l'augmentation des comportements de consommation, leur diversification et leurs associations, il est nécessaire pour des problèmes de sécurité publique et de santé publique de mieux identifier les particularités de chaque classe de produits pour prendre des mesures de protection adéquates.

Des travaux épidémiologiques et expérimentaux ont permis de confirmer que les produits psychotropes altèrent l'aptitude à la conduite. Ils doivent être poursuivis avec des méthodologies plus rigoureuses pour mieux comparer les effets des produits entre eux ou avec l'alcool, pour évaluer les effets résiduels de l'absorption de certains produits et les dégâts neurologiques à long terme ou après sevrage.

La consommation de substances psychoactives, largement répandue en dehors de tout comportement toxicomaniaque doit être mieux identifiée afin de mettre en place des mesures de réduction des risques socialement acceptables.

Bibliographie

ALBERY JP, STRANG J, GOSSOP M, GRIFFITHS P. «Illicit drugs and driving ; prevalence, beliefs and accident involvement among a cohort of current out-of-treatment drug users», *Drug and Alcohol Dependence* 2000;58:197-204

ARDITTI J et al. «Imprégnation en benzodiazépines de conducteurs impliqués dans des accidents de la circulation», *Presse Med.* 1993;22,16:765-766

ASHTON CH. «Pharmacology and effects of cannabis». *Brit. J. Psych.* 2001;178:101-106

ASSAILLY JP. «La conduite sous l'influence de l'alcool : un risque pris, non perçu ou accepté ?» *Recherche Transports Sécurité* 1995;49

ASSAILLY JP. «Sur la route, les conduites à risque...». *Toxibase* 2001;2:1-15

Assises de Medecine du Trafic – Annecy, 2001

BARNETT G, LICKO V, THOMPSON T. «Behavioral pharmacokinetics of marijuana», *Psychopharmacology* 1985;85:51-56

BATES MN, BLAKELY TA. «Role of cannabis in motor vehicle crashes». *Epidemiol Rev* 1999;21:222-232

BECHARA A, DOLAN S, DENBURG N. «Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers». *Neuropsychologia* 2001;39(4):376-89

BIECHELER-FRETEL MB, CAUZARD JP. «Les conducteurs face à la réglementation : le cas de l'alcool au volant en Europe». *Les cahiers de l'observatoire* 1997;3:129-154

BIECHELER MB, FILOU C; FONTAINE H. «Conduite automobile et accidents liés à l'alcool». synthèse INRETS n° 35

BIECHELER-FRETEL MB; EL OUADRANI A. «Médicaments et conduite automobile : hypothèse pour la sécurité routière». Rapport INRETS sur Convention DSCR, mai 1989

BLOIS R. «Effets des médicaments psychotropes sur la vigilance chez l'homme». *Confrontations psychiatriques* n° 38, 1997

CABON P, COINTOT B, COBLENTZ A. «Baisse de vigilance et accidents sur autoroutes». *Urgence Pratique* 2001;47:75-78

CABON P. –BERARD R. –FER B. –COBLENTZ A. *Vigilance et conduite – Urgence Pratique* 19, 55-60, 1996

CHAIT LD, Subjective and behavioral effects of marijuana the morning after smoking. *Psychopharmacology* 1990, 100 : 328-333

CHARLIER C. et al. - Alcool, drogues, médicaments et sécurité routière en Belgique. *Rev. Med. Liège*, 53, 25-28, 1998.

CHEVALIER P. – Substances psychoactives et Sécurité Routière – *Urgence Pratique* 47, 79-81, 2001..

CHOQUET M, LEDOUX S, MENKE H, La santé des adolescents. Approche longitudinale des consommations de drogues et des troubles somatiques et psychosomatiques. La Documentation Française, Paris 1988.

CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents, enquête nationale, Ed INSERM Paris 1994.

CHOQUET M, LEDOUX S. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999, *Tendances*, n° 6, OFDT, février 2000.

CONSEIL DE L'EUROPE – Groupe Pompidou , Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines – 2001.

CONSEIL DE L'EUROPE – Groupe Pompidou, Circulation routière et drogues – 1999.

COUPER FJ. LOGAN BK. – GHB and driving impairment. – *Journal of Forensic Sciences*. 46 (4) : 919-23, 2001.

DALLY S. – Conduite automobile et alcool. Ed SR 1998.

DE GIER J. – Rapport de synthèse sur les enquêtes relatives à la prévalence des drogues illicites dans le domaine de la circulation routière dans les différents pays européens, étude menée avec le concours du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou), 1999.

DE GIER J.J. - Prescribing and Dispensing Guidelines for Medicinal Drugs Affecting Driving Performance – ICADTS, 2001.

DELPLA P. A. et al. – Prévalence urinaire de drogues illicites chez de jeunes conducteurs impliqués dans un accident de la circulation en France, *Journal de médecine légale et de droit médical*, 40, (7-8), 595-599, 1997.

DEVEAUX M. – Enquête alcool, médicaments psychotropes et opiacés chez les conducteurs et piétons impliqués dans les accidents mortels de la circulation. Rapport à l'Observatoire Régional de sécurité routière, LILLE, 1995.

DONOVAN D. M., UMLAUF R.L., SALZBERG P. M.– Bad Drivers : Identification of a Target Group for Alcohol-Related Prevention and Early Intervention – J. Stud. Alcohol 136-141, 1990.

EHRENREICH H, RINN T, KUNERT HJ, MOELLER MR, POSER W et coll. Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use . psychopharmacology 1999, 142 : 295-301.

ESPAD Report, Alcohol and other drug use among students in 26 European countries, 1989.

ESTERLE-HEDIBEL M. – Usage de drogues, risques routiers et transgression. Rapport à la Fondation MAIF, Maison des sciences de l'homme, CESDIP, GRECO, avril 1999.

ESTERLE-HEDIBEL M. La bande, le risque et l'accident, L'Harmattan, 1997.

FACY F, LAURENT F, La toxicomanie en France, Quelques données épidémiologiques. Rev. Prat. 8 (277), 67-73, 1994.

FRYDMANN N, MARTINEAU H. La drogue : où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies. La Documentation Française, 1998.

GIRRE C. ; FACY F. ; LAGIER G. ; DALLY S. – Présence de benzodiazépines dans le sérum des accidentés, La Presse médicale, 17, 22, 1988.

GJERDE H. et al. – Incidence of alcohol and drugs in fatally injured car drivers in Norway. Accident, Analysis & Prevention, 25, 4, 479-483, 1993.

GOT C. ; WEILL J. (Eds) – L'alcool à chiffres ouverts, Arslan, Paris, 1997.

GOT Claude – Alcool et accidents de la circulation – Urgence Pratique 19, 39-41, 1996.

HEISHMAN SJ. SINGLETON EG. CROUCH DJ. – Laboratory validation study of drug evaluation and classification program : alprazolam, d-amphetamine, codeine and marijuana – J. and Tox. 22, 6, 503-514, 1998.

HUESTIS MA, SAMPSON AH, Characterization of the absorption phase of marijuana smoking. Clin Pharmacology Ther 1992, 52 : 31-41

ICADTS – Actes des conférences de l'International Council on Alcohol, drugs and traffic safety Stockholm 2000. Annecy 1997, Adelaïde 1995.

INGUM J. et al. – Relationship between drug plasma concentrations and psychomotor performance after single doses of ethanol and benzodiazepines, Psychopharmacology, 107, 11-17, 1992.

INSERM – Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé – Expertise 2001.

INSTITUT BELGE POUR LA SECURITE ROUTIERE Alcohol, drugs and traffic safety. Bruxelles, IBSR, 1997.

KINTZ P, CRIMELE V, MAIROT F, MUHLMANN M, LUDES B – Analyses toxicologiques pratiquées sur 198 conducteurs accidentés – Presse Méd. 2000, 29 : 1275 – 1278.

KURZTHALER I, HUMMER M, MILLER C, SPERNER-UNTERWEGER B, GUNTHER V et coll. Effect of cannabis use on cognitive functions and driving ability. J Clin Psychiatry 1999, 60 : 395-399

LA HARPE R., MICHIELS MM, FRYC O. – Incidence des toxiques en matière d'accidentologie routière –Journal de Médecine Légale Droit Médical, 43, 3, 244-246, 2000.

LAGIER G. – Conduite automobile, vigilance et médicaments, Ed. SR, 1998.

LAGIER G. – Médicaments et accidents de la route. Urgence Pratique 19, 49-52, 1996.

LAGIER G. Livre blanc : Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments. Ladocumentation française 1996.

LAVEIX A. –THICOIPE M. –TENTILLIER E. –LASSIE P. –DABADIE P. – Médicaments et accidentologie – Revue du SAMU 1995, 3, 97-102.

LE CHUITTON J. – Drogues illicites et sécurité routière – Urgence Pratique 19, 43-47, 1996.

LEGER D. –PAILLARD M. – Troubles de la vigilance et conduite automobile – Rev. Neurol. 156, 11 955-957 – 2000.

LENNE Michael G. – DIETZE Paul – RUMBOLD Greg – REDMAN Jennifer R. – TRIGGS Thomas J. – Opioid dependence and driving ability : a review in the context of proposed legislative change in Victoria – Drug and Alcohol review 19, 427-439, 2000.

LIGUORI A, GATTO CP, ROBINSON JH. Effects of marijuana on equilibrium, psychomotor performance, and simulated driving. Behav Pharmacol 1998, 9 : 599-609.

LONGO M. C. et al. – The prevalence of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants amongst injured vdrivers and their role in driver culpability. Accident, Analysis & Prévention, 32, 613-632, 2000.

LUNDQVIST T. Specific thought patterns in chronic cannabis smokers observed during treatment. Life Sci 1995a, 56 : 2141-2144.

MACDONALD S., WELLS. S. - Demographic and substance use factors related to violent and accidental injuries : results from an emergency room study - Drug & Alcohol Dependence. 55 (1-2) : 53-61, 1999.

MALATERRE G. – Evaluation de la charge de travail du conducteur au cours d'une tâche de conduite simulée – Convention DSCR – INRETS 1992.

MARQUET P. et al. – Prevalence of drugs abuse in urine of drivers involved in road accidents in France : a collaborative study, Journal de Médecine Légale, Droit Médical, 1997, 40, 595-599.

MEDEC 2000 – Journée d'amphis du 11 mars 2000.

MENZIN J., LANG K. M., LEVY P. and LEVY E. - A Général Model of the Effects of Sleep Medications on the Risk and Cost of Motor Vehicle Accidents and its Application to France – Pharmacoeconomics 19, 69-78, 2001.

MILDT - Savoir plus, risquer moins –2000.

Mitchell M. C. , – Alcohol-Induced Impairment of Central Nervous System Function : Behavioral Skills Involved in Driving – J. Stud. Alcohol 10, 109-116, 1985.

MOSKOVITZ H. Marijuana and driving. Accid Anal Prev 1985, 17,41 : 323-345.

MURA P, PEPIN G, MARQUET P, GOULLE JP, DEVEAUX M et coll. Place des stupéfiants dans les accidents mortels et corporels de la voie publique. Résultats de 169 analyses sanguines réalisées en 1998 et 1999 à la demande d'une autorité judiciaire. Toxicorama 1999, 11, 4 : 225-231, 1999.

MURA P, PERRIN M, CHABRILLAT M, GIRARD J, DUMESTRE-TOULET V, PEPIN G. L'évolution des teneurs en THC dans les produits à base de cannabis en France : mythe ou réalité ? Annales de Toxicologie Analytique 2001, 13 : 306.

MURA P. – Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile, Elsevier, Paris 1999.

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION : Drowsy, driving and automobile crashes 1998.

NELSON T. F. ISAAC N. E. SCD KENNEDY B. P. – Factors Associated with Planned Avoidance of Alcohol-Impaired Driving in High-Risk Men – J. Stud. Alcohol 407-412, 1999.

NEZELOF S. TACCOEN Y. CORCOS M. - Consommation de substances psycho-actives dans une population témoin déclarée non addictive et comorbide. Résultats d'une étude chez 860 sujets francophones. Annales de Médecine Interne. 152 (3) : IS18-25, 2001.

OFDT – Drogues et dépendances – 2002.

OFDT - Tendances récentes – Rapport Trend – Juin 2001.

OLLAT H. Substratum neurobiologique de la dépendance à l'alcool —
Alcoologie 19, 285-292, 1997.

PELISSIER A. et al. – Le dépistage urinaire des psychotropes illicites chez les conducteurs de véhicules accidentés, Annales de Biologie Clinique, 54, 365-371, 1996.

PEPIN G., MURA P. ; KINTZ P. et al – Recherche de stupéfiants dans le sang de conducteurs d'automobiles : résultats d'une compilation française d'expertises toxicologiques, Toxicorama XI, 1, 12-16, 1999.

POPE HG JR, JACOBS A, MIALET JP, YURGELUN-TODD D, GRUBER S. Evidence for a sex-specific residual effect of cannabis on visuospatial memory. Psychother Psychosom 1997, 66 : 179-184.

POTTIER A,– Facteurs de dégradation de la vigilance et insécurité dans les transports – Actes INRETS n° 79 – 2001.

PREVENTION ROUTIERE - Médicaments et aptitude à la conduite automobile – Actes du colloque du 30 octobre 2000.

RAUL J. S. ; CRIMELE V. ; KINTZ P. ; LUDES B. – Cannabis et conduite automobile. Résultats d'une série d'expertises toxicologiques dans les accidents de la circulation, Journal de Médecine légale et de droit médical, 42, 573-579, 1999.

REYNAUD M, PARQUET P. J. – Les personnes en difficulté avec l'alcool – Ed. CFES 1999.

ROBBE HWJ. Marijuana's impairing effects on driving are moderate when taken alone but severe when comined with alcohol. Human psychopharmacol Clin Exp 1998, 13 : S70-S78.

ROQUES B. – Problèmes posés par la dangerosité des drogues. Rapport au Ministre de la santé, mai 1998.

RYABININ AE. – IFT mapping after drugs of abuse : pharmacological versus perceptional effects – *Acata Neurobiologiae Experimentalis*. 60 (4) : 547 – 55, 2000.

SAMYN N. VAN HAEREN C. – On-site testing of saliva and sweat with Drugwipe and determination of concentrations of drugs of abuse in saliva, plasma and urine of suspected users. – *International Journal of Legal Medicine*. 113 (3) : 150-4, 2000.

SCHERMANN J. M. ; GIRRE C. ; FACY F. – Evaluation du risque d'accident de la circulation lié à l'absorption de drogues illicites, Rapport de convention DSCR, 1993.

SCHUBINER H. TZELEPIS A. MILBERGER – Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers – J. Clin. Psych. 61 (4) ; 244-251, 2000.

SFTA : Forum stupéfiants et conduite automobile 18 mai 2001 - Paris.

SIEGAL HA. LI L. LEVITON LC. – Under the influence : risky sexual behavior and substance abuse among driving under the influence offenders. – Sexually Transmitted Diseases. 26 (2) : 87-92, 1999.

SMILEY A. Marijuana : on-road and driving simulator studies. Alcohol Drugs Driving Abstr Rev, 1986, 2 : 121-134.

SOLOWIJ N, MICHIE PT, FOX AM. Differential impairments of selective attention due to frequency and duration of cannabis use. Biol Psychiatry 1995a, 37 : 731-739.

SOLOWIJ N, MICHIE PT, FOX AM. Effects of long-term cannabis use on selective attention : an event-related potential study. Pharmacol Biochem Behav 1991, 40 : 683-688.

SOLOWIJ N. Cannabis and cognitive functioning. 1998, 308 p.

SUMMALA H, MIKKOLA T : Fatal accidents among car and truck drivers : effects of fatigue, age and alcohol Consumption. Human Factors 1994, 36, 2, 315-326.

SUMMALA H., HAKKANEN H. MIKKOLA T. – Task effects on fatigue symptoms in overnight driving – Ergonomics 42 (6), 798-806, 1999.

SUTTON Ph. LAWRENCE R. – The Effects of Alcohol, Marijuana and Their Combination on Driving Ability – J. Stud. Alcohol 44, 3, 438-445, 1983.

SWADI H. S. – Adolescent drug taking : rôle of family and peers, Drug & Alcohol Dependence, 21, 2, 157-160, 1988.

TERHUNE K, FELL J. The role of alcohol, marijuana, and other drugs in the accidents of injured drivers. Report DOT HS 5 01179, NHTSA ed, 1982.

VALLET M. ; KHARDI S. – Vigilance et transports. Aspects fondamentaux, dégradation et prévention. Lyon, Presses Univ. Collection Transversales, 1995.

VANESLANDE P, ALBERTON L – Scénario-types de production de « L'erreur humaine » dans l'accident de la route. Rapport INRETS n° 218, 1997.

WARD NJ, DYE L. Cannabis and driving. A review of the literature and commentary. London road safety research report n° 12, 1999.

Etat des lieux et développement de stratégies de réduction des risques à l'attention de consommateurs de produits de synthèse

Andrew M Bennett, HIT (Royaume-Uni)

Introduction

Les drogues de 'synthèse' telles que les amphétamines, l'ecstasy (MDMA), GHB et le LSD sont des substances psychoactives à partir d'ingrédients non-naturels. 'La consommation de drogues de synthèse' fait souvent référence à la consommation de produits par des jeunes et par la population qui fréquente les boîtes de nuit. Dans cet espace festif, les drogues de synthèse sont habituellement consommées en association avec d'autres substances naturelles, comprenant l'alcool, le cannabis et la cocaïne. Cet exposé se concentrera sur les interventions en matière de réduction des risques vis-à-vis des drogues de synthèse (et des drogues naturelles) utilisées par les jeunes dans l'espace festif.

Cet exposé décrira rapidement la nature et l'ampleur de l'usage de substances psychoactives au sein des populations générales de jeunes gens et de la population qui fréquente les boîtes de nuit. Les stratégies de réduction des risques seront ensuite catégorisées, décrites et illustrées à l'aide d'exemples issus d'HIT – une agence de communication sur les substances psychoactives de Liverpool, du Royaume-Uni et d'autres régions d'Europe. L'offre de services à des consommateurs de substances psychoactives présentant des problèmes sérieux de consommation sera également discutée. Des conclusions quant à l'intervention la plus courante visant les consommateurs de substances psychoactives au sein de l'espace festif seront formulées et des recommandations seront faites.

Nature et ampleur de la consommation de substances psychoactives parmi les populations générales de jeunes et d'habitues de boîtes de nuit

Les jeunes au Royaume-Uni sont parmi les jeunes européens ceux qui sont les plus susceptibles d'utiliser des substances illicites (Hibell et al, 2000; OEDT, 2000). Des données de plus en plus nombreuses provenant d'enquêtes témoignant d'une augmentation de la consommation de substances psychoactives parmi les jeunes au cours des années 1990, combinées aux résultats d'études qualitatives suggèrent que les substances psychoactives sont passées d'un statut

« d'exception » à un statut de « norme », les substances psychoactives sont maintenant acceptées comme faisant partie de la vie quotidienne des jeunes aujourd'hui. On estime actuellement à 50-65% le pourcentage de jeunes britanniques âgés de 16 à 24 ans qui auront essayé les substances psychoactives illicites et entre 20 à 25%, le pourcentage d'usagers occasionnels ou réguliers (Measham et al, 2001; Ramsey and Partridge, 1999). Une proportion importante de cette consommation de substances psychoactives est associée aux styles de vie liés à la « club culture » (culture de boîte de nuit).

La participation à la 'vie de nuit', ou à la « club and bar culture » (culture de boîtes de nuit et de bars) est devenue une caractéristique de plus en plus essentielle de la culture de consommation des jeunes. Des chiffres récents suggèrent que les 4000 boîtes de nuit enregistrées officiellement au Royaume-Uni attirent 16 millions de visiteurs par an et qu'un jeune sur deux parmi les 18-24 ans, fréquente les boîtes de nuit régulièrement.– ces chiffres excluent une large gamme d'autres lieux dans lesquels 'clubbing' (les sorties en boîte) a lieu (Measham et al, 2001). Un certain nombre de facteurs ont contribué à cette augmentation de la « club culture » et de consommation de vie nocturne. Un facteur cependant essentiel au Royaume-Uni a été le passage du phénomène « Acid House » à la « dance culture » à la fin des années 1980 (Garratt, 1998). La « Dance culture » ne s'est pas limitée au Royaume-Uni. Plus de 2.500 participants lors d'une étude récente concernant la vie nocturne dans neuf villes européennes ont expliqué les motifs qui les incitaient à participer (Calafat, 1998). Par ordre de priorité, les raisons principales qui ont été données étaient les suivantes : rencontrer des amis, écouter de la musique, échapper à la routine quotidienne, danser, chercher un partenaire, avoir des rapports sexuels et consommer des substances psychoactives. Cependant, en dépit de la faible priorité accordée aux substances illicites dans cette liste et le fait que l'alcool est de loin la substance préférée de la « vie nocturne », les sorties en boîtes (« clubbing ») ont fourni le cadre essentiel à l'accès et à l'expérimentation de substances psychoactives au cours de la dernière décennie. La « club culture » a engendré un groupe de consommateurs réguliers de substances psychoactives dans les boîtes de nuit qui bien que minoritaires parmi ceux impliqués dans cette activité sociale, figurent parmi les consommateurs de substances psychoactives les plus expérimentés (Measham et al, 2001).

Interventions en matière de réduction des risques

Les interventions en matière de réduction des risques ciblant les consommateurs de substances psychoactives dans l'espace festif peuvent être catégorisées de la façon suivante : (1) des approches

inter-personnelles comprenant la présence d'intervenants sociaux (outreach), des initiatives menées par des pairs, la sensibilisation par les usagers, l'intervention en cas de crise et les premiers secours. (2) Des approches de communication de masse comprenant des dépliants d'information, posters, Internet, la publicité payante et des actions au sein des médias. (3) Le testing de pilules et les systèmes d'alerte précoce. (4) Des actions sur les sites et la loi.

(1) Approches inter-personnelles

Une large gamme d'approches inter-personnelles comprenant une aide psychosociale, des informations et des conseils, la présence d'intervenants sociaux, des initiatives menées par les pairs, une sensibilisation par les usagers, une intervention en cas de crise et des premiers secours sont effectuées en 'face-à-face' auprès des jeunes et/ou la population de boîtes de nuit. Au Royaume-Uni, seul un petit nombre de services spécialisés en toxicomanie ont ciblé spécifiquement les jeunes utilisant les « dance drugs » (substances psychoactives associées à la danse) telles que l'ecstasy. Crew 2000, Edinburgh et Lifeline, Manchester fournissent une aide psychosociale adaptée aux usagers, des informations et des conseils à partir de locaux situés en première ligne au centre ville. Lorsque nécessaire, ils dirigent également les personnes vers des services spécialisés. Certains organismes fournissent également des services similaires par l'intermédiaire d'intervenants sociaux dans les boîtes de nuit. Crew 2000, Lifeline et d'autres tels que l'institut de prévention Jellinek, à Amsterdam, à travers le projet unité mené par les pairs ont effectué des interventions en combinant un personnel rémunéré (souvent après une familiarisation à la 'scène des boîtes de nuit '), des jeunes et des consommateurs de substances psychoactives. Il est avancé que les initiatives menées par les pairs sont efficaces pour entrer en contact avec les jeunes consommateurs de substances psychoactives au sein de l'espace festif et sont perçues comme crédibles par ces derniers.

Des premiers secours et une intervention en cas de crise existent dans certaines boîtes de nuit, raves et festivals de plein air en Europe. De tels services sont fournis de diverses façons comprenant le recours à des auxiliaires médicaux dans les boîtes de nuit (Cream, Liverpool) et la présence d'intervenants sociaux des services spécialisés en toxicomanie et des initiatives menées par des pairs (Crew 2000, Edinburgh (www.crew2000.co.uk); Unity, Amsterdam (www.euro.net/unity); et Eclipse, Hambourg (www.eclipse-online.de). The European Basics Network (www.basics-network.org) est une association de groupes de consommateurs de « danse drugs » de six pays qui a pour objectif de diminuer les risques associés à ces

substances. Au cours de l'été 2002, Basics mènera une campagne de sensibilisation aux substances psychoactives et offrira une intervention en cas de crise lors de festivals à travers l'Europe.

L'accent principal des interventions interpersonnelles par les services spécialisés en toxicomanie et les services menés par les pairs ou par les usagers porte sur la réduction des risques de santé associés à la prise de substances psychoactives. Cependant, certains groupes sont allés plus loin dans leurs recommandations et celles ci ont englobé les questions de santé, les droits juridiques et les droits de l'homme. The Committee for Recreational Drug Use, Amsterdam et the Dance Drug Alliance, Royaume-Uni ont plaidé pour que la consommation de substances psychoactives illicites n'entraîne pas une stigmatisation sociale. Leur argument est que la réduction des stigmates et des préjugés entraînera une prise en charge plus pragmatique, réaliste et efficace des problèmes de santé.

(2) Approches de communication de masse

Les approches de communication de masse comprenant des dépliants d'information, des posters, Internet, la publicité payante et des actions au sein des médias sont utilisées à travers l'Europe. HIT, Liverpool et Lifeline, Manchester ont été les premiers organismes au Royaume-Uni à produire des informations sur les substances psychoactives honnêtes, utiles et culturellement reconnaissables par les consommateurs d'ecstasy au début des années 1990 (Henderson, 2000; McDermott, 1993 and Shapiro, 1999).

Liverpool a été une des premières villes britanniques à répondre à la consommation croissante d'ecstasy et d'autres 'dance drugs' dans les années 1990 dans une perspective de santé publique. On connaissait alors très peu de choses sur les effets associés de l'usage de MDMA dans ce contexte et une majorité des services de toxicomanie étaient mal-équipés pour répondre aux besoins potentiels (qui souvent été ignorés) de toute une nouvelle génération d'usagers de substances 'récréatives'.

'*Chill Out - A Raver's Guide*' ("décompresse, le guide du raver") paru en 1991 a été conçu dans le style des dépliants distribués pour annoncer les manifestations 'rave. Il a été l'un des premiers de ce type à tenter de communiquer des messages de santé à un nombre de plus en plus important de jeunes impliqués dans la « scène ». Le but des fabricants du dépliant, HIT (puis Mersey Drug Training and Information Centre), était de s'appuyer sur l'acceptation croissante d'approches pragmatiques pour réduire les dommages liés aux drogues provenant

de la préoccupation politique de l'époque— réduire et limiter l'expansion de l'infection VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. HIT développa 'Chill Out' en se mettant à l'écoute de la culture émergente et en passant en revue les articles de recherche les plus récents (qui, à l'époque, étaient peu nombreux). Se familiariser aux codes culturels, à l'étiquette de consommation de drogues, aux infrastructures locales et nationales et aux acteurs de cet espace festif ont été à la base de l'offre d'informations élémentaires sur les effets des substances psychoactives habituellement utilisés dans les boîtes de nuit et les problèmes potentiellement liés. 'Chill Out' a reçu un accueil positif du public ciblé au niveau local et de la presse jeune nationale. Son accueil au niveau du grand public a été cependant plus hostile – la campagne a fait la couverture des quotidiens populaires locaux et nationaux, réclamant son retrait.

Cependant, en dépit de cette controverse, les approches qui cherchent à être crédibles auprès de leur public cible sont soutenues et bénéficient d'un financement régulier d'organismes gouvernementaux au Royaume-Uni et dans d'autres pays. D'énormes quantités de dépliants, manuels et posters ont été conçus et distribués aux jeunes par des organismes gouvernementaux, des services spécialisés en toxicomanie, la police et des services dirigés par des pairs/ou dirigés par des usagers. De la publicité payante dans les magazines spécialisés destinés à ce public, la TV, la radio et les panneaux d'affichage, des actions au sein des médias et Internet ont également utilisés dans de nombreux pays.

Un aspect important des approches de communication de masse est l'identification du public cible par une série de facteurs comprenant l'âge, le comportement en matière de consommation de substances psychoactives, la sexualité, le comportement sexuel et les voyages.

Le département de la Santé en Angleterre, a mené une campagne nationale de sensibilisation à l'ecstasy et à d'autres substances psychoactives parmi une population générale de jeunes au début de l'année 2002. Une publicité payante dans des magazines spécialisés destinés à ce public, des annonces radio et un site web ont été utilisés. Un des buts de la campagne a été de sensibiliser et d'augmenter les appels au National Drugs Helpline (service national d'assistance téléphonique sur les substances psychoactives).

Camden and Islington Health Promotion Service, London ont fabriqué des manuels destinés aux hommes homosexuels. Le style visuel et le langage ont été adaptés pour être reconnaissables par les hommes homosexuels.

Des études portant sur l'association entre la consommation de substances psychoactives, incluant l'ecstasy et le GHB, et le comportement sexuel (Clarke et al, 2002 and Henderson, 2000) et une augmentation des infections sexuellement transmissibles dans le Nord-Ouest de l'Angleterre (www.phls.co.uk) ont été à l'origine d'une action de protection de la santé des jeunes consommateurs de substances psychoactives en s'orientant sur le comportement sexuel. La campagne de protection d'HIT souligna l'interdépendance entre la prise de substances psychoactives et le comportement sexuel à risques et impliqua la distribution de manuels sur le comportement sexuel et de préservatifs à des consommateurs de « dance drugs » (Henderson, 2002).

Avec l'émergence de villes connues pour leur vie nocturne au niveau international telles qu'Ibiza, HIT et l'Université John Moores de Liverpool ont identifié des facteurs de risque pour des jeunes britanniques consommateurs de substances psychoactives passant leur vacances à Ibiza (Bellis et al, 2000). Ceux-ci comprennent une fréquence accrue de prise de substances psychoactives, des températures plus élevées, l'obstacle de la langue, l'absence d'eau potable gratuite et des problèmes d'accès à des services médicaux d'urgence. HIT a produit des dépliants d'information répondant spécifiquement aux besoins des jeunes passant des vacances à Ibiza.

(3) Testing de la pilule et systèmes d'alerte précoce

L'ecstasy (MDMA) – habituellement sous forme de comprimés, parfois sous forme de capsules et occasionnellement sous forme de poudre – est souvent contaminée par d'autres substances ou parfois ne contient aucune 'drogue'. En réponse à ceci et aux décès liés à l'ecstasy qui ont attiré l'opinion du public dans certains pays, certaines organisations ont témoigné en faveur du testing des pilules et fournissent un testing de pilules et des messages d'alerte précoce à propos de « pilules » dangereuses. Il existe diverses façons d'offrir un testing de pilule et des systèmes d'alerte précoce.

Le Drug Information Monitoring System (DIMS), soutenu par le gouvernement néerlandais effectue régulièrement des tests de 'pilules d'ecstasy' hors-site en laboratoires ; entre les résultats dans une base de données avec des informations sur la taille, la forme, le poids et l'apparence de la pilule ; et fournit des notices d'avertissement aux agences de toxicomanie et aux utilisateurs d'ecstasy dans les clubs et raves. (DIMS, 1998). En Autriche, le projet *Check It!* offre un service de testing en laboratoire rapide utilisant la chromatographie en phase

gazeuse sur place lors des grands rassemblements musicaux (raves) au moyen d'une machine de testing mobile.

Le testing sur place est effectué de façon sporadique aux Pays-Bas, en Autriche, France et Allemagne (De Jong, 2001). La méthode la plus courante est le kit de réaction par la couleur 'Do-it-yourself' (fait le toi-même) (par exemple, le 'E-Z Test'). Une petite partie du comprimé est prélevée et exposée à une solution de formaldéhyde et d'acide sulfurique. En fonction de la substance, un changement de couleur s'opère dans la solution. Le changement de couleur sur une période de temps donné est ensuite comparé à un graphique qui associe différentes couleurs à certaines substances psychoactives par.ex MDMA, MDEA, MDA, MBDB, 2CB et amphétamines. Cette méthode est aussi bien utilisée sur place dans les boîtes de nuit par différents services de santé que par les usagers de substances psychoactives eux-mêmes. Le kit 'E-Z test' est disponible par correspondance sur internet. Il est possible que 'le testing de réaction par la couleur' améliore la sécurité du consommateur – si l'on considère que « c'est mieux que rien » et serve de moyen de créer un contact entre les services de santé et les usagers de substances psychoactives. Cependant, certaines personnes ont exprimé leurs préoccupations quant à la valeur de telles méthodes de testing. Les kits ne seraient pas en mesure de détecter certaines substances potentiellement dangereuses ; ils ne donnent pas d'information à l'utilisateur sur la quantité de substance psychoactive présente dans une pilule ; et ils peuvent créer ainsi un faux sens de sécurité parmi certains usagers (Winstock et al, 2001).

(4) Actions sur l'environnement festif et la loi

Des actions plus larges de santé publique auprès de l'environnement festif comprenant l'élaboration de codes de bonne pratique dans les boîtes de nuit orientées vers l'environnement plus large de la vie nocturne constituent des stratégies importantes de réduction des risques. Les risques vis-à-vis des usagers de substances psychoactives ne proviennent pas uniquement des réactions individuelles à une ou des substances spécifiques mais résultent aussi du contexte environnemental dans lequel cette substance est prise. La majorité des décès au Royaume-Uni associés à l'ecstasy ont été attribués – en partie – à un environnement de boîte de nuit surchauffé, à une danse énergique pendant de longues heures, le faible accès à l'eau et l'absence de services de premier secours. Certaines villes ont adopté 'Safer Dancing Guidelines' (les lignes directrices de danse à moindre risque) qui fournissent des codes de bonne pratique pour les boîtes de nuit. Celles-ci peuvent comprendre des mesures pour empêcher le

surpeuplement des locaux, la mise en place d'air conditionné, l'accès gratuit à l'eau potable et des soins de premiers secours; l'offre d'une formation santé et sécurité pour le personnel de boîte de nuit; et l'assurance que les boîtes de nuit disposent de procédures et de protocoles clairs pour traiter les urgences. (London Drug Policy Forum, 1997)

L'environnement festif dans lequel se situe une boîte de nuit peut également constituer une menace à la santé d'une jeune personne. Les interventions destinées à améliorer le transport de nuit et réduire les agressions et la violence peuvent protéger de manière significative la santé des jeunes usagers de substances psychoactives.

La politique de répression et le rôle de la police peuvent renforcer et diminuer les interventions de réduction des risques dans l'environnement nocturne. Il existe des législations en matière de drogues et des priorités en matière de répression différentes à travers l'Europe et à l'intérieur de chaque pays. La police peut contribuer de façon significative à réduire les risques et elle le fait en soutenant certaines interventions décrites dans cet exposé et en assurant la sécurité de l'environnement festif. Toutefois, il a été avancé que la police au Royaume-Uni était confrontée à une situation difficile. Elle n'a ni les ressources ni l'envie de faire appliquer les législations en matière de drogues (Measham, 2001). Devrait-elle accorder la priorité aux « dance drugs » par rapport à d'autres formes de consommation de substances psychoactives ? Devrait-elle cibler les usagers ou les dealers ? Comment fait-elle face au crime organisé associé au « territoire des boîtes de nuit » ? Comment peut-elle protéger au mieux la santé de ceux qui fréquentent les boîtes de nuit ? La réponse de la police vis-à-vis de ces scénarios est pour le moment contradictoire au Royaume-Uni. Un policier de rang élevé à Londres laissait entendre qu'arrêter des personnes qui prenaient de l'ecstasy et de la cocaïne le weekend était une perte de temps alors que la même force de police employait des chiens pour détecter de la drogue visant les usagers de substances psychoactives à Soho, Londres (The Face, 2002). Un résultat – souvent inattendu – de la politique dans ce contexte est de l'éventualité de repousser « le problème » plus loin dans la clandestinité, rendant encore plus difficile les interventions de réduction des risques.

Prise en charge de problèmes sérieux de consommation de substances psychoactives

La grande majorité des jeunes prenant des substances psychoactives dans le cadre de l'espace festif ne devraient pas connaître de

problèmes de santé majeurs à long-terme. Les problèmes sérieux médicaux au niveau d'une population, sont également rares. Cependant, certains jeunes, connaissent des problèmes liés à leur consommation de drogues tels que l'anxiété et la dépression. Une étude récente à Manchester, Angleterre, a signalé que 23% d'un échantillon d'habités de boîtes de nuit s'étaient présentés à leur médecin généraliste avec des symptômes liés à l'alcool et aux substances psychoactives. Nombre d'entre eux n'avaient pas révélé que leurs problèmes pouvaient être associés à leur consommation de substances (Measham et al, 2001). Au Royaume-Uni, on s'interroge sur le rôle des services conventionnels de toxicomanie à pouvoir répondre aux besoins futurs d'une nouvelle génération de consommateurs de substances psychoactives – simplement car la plupart de ces services de toxicomanie ont été établis à l'intention des usagers d'héroïne. Un aspect de la réduction des risques est de renvoyer les individus présentant des problèmes sérieux vers des services appropriés. Dans ce contexte, il est probable que ceci signifie des services médicaux d'urgence, des soins primaires, des services de santé mentale spécialisés et des services de toxicomanie proches d'une population plus jeune non-consommatrice d'opiacés. Il est clair que les implications pour l'offre future de services sont importantes.

Conclusion

l'offre d'informations sur les risques liés aux substances psychoactives et les pratiques de réduction des risques pour cibler les jeunes est la réponse la plus répandue à la consommation de drogues de synthèse. Toute une gamme de méthodes inter-personnelles et de communication de masse sont utilisées à cette fin. Des actions plus larges auprès de l'environnement festif impliquant les boîtes de nuit et les agences officielles peuvent renforcer de manière significative ces interventions.

Les interventions devraient inclure des éléments spécifiques aux substances psychoactives et des éléments de santé plus généraux tels que la santé sexuelle. Measham and colleagues ont suggéré un programme en trois parties en matière d'information sur la réduction des risques : the *night out agenda* (le programme sortie de nuit) comprend des conseils sur l'alcool, le mélange de substances psychoactives, la prise en charge des amis et l'organisation des déplacements; the *recovery agenda* (le programme de récupération) qui comprend la prise en considération de la fatigue, les changements d'humeur et l'impact sur le travail ou les études; et the *broader health agenda* (le programme de santé plus large) concernant le petit nombre de personnes mais qu'il ne faut pas négliger qui commencent à avoir des problèmes liés à leur consommation de substances psychoactives.

(Measham et al, 2001). La communication avec les personnes fréquentant les boîtes de nuit doit être faite en reconnaissant et en prenant en compte les normes culturelles. Selon l'avis du gouvernement au Royaume-Uni, *'The credibility of the message, medium and its content is critical and should be matched to the needs of the target group.'*(la crédibilité du message, son support et son contenu sont essentiels et devraient être adaptés aux besoins du groupe cible) (Home Office, 1998).

Cet exposé a cherché à décrire les principales interventions qui existent face à l'usage de substances psychoactives au sein de l'espace festif. Son but n'était pas de faire état de l'efficacité de telles interventions. Toutefois, il faut reconnaître que les données reposant sur des faits pour la majorité des interventions sont actuellement limitées. L'évaluation du processus, des résultats et des effets n'est pas faite régulièrement. Cette situation n'est pas spécifique aux substances psychoactives et à la réduction des risques. La promotion de la santé en réponse à d'autres comportements à risques ne fait pas non plus l'objet d'une évaluation régulière. HIT et d'autres organisations ont essayé d'évaluer les interventions en matière de réduction des risques - avec souvent un budget serré (par ex. www.hit.org.uk/protectionreport.pdf). Au Royaume-Uni, The Drugs Prevention Advisory Service – une agence gouvernementale – a essayé de fournir des conseils et a cherché à créer un 'changement culturel' pour assurer qu'une forme d'évaluation, bien que limitée soit partie intégrante d'une intervention. Des initiatives comme celles-ci et des moyens de communiquer de bonnes pratiques doivent être encouragées.

Bibliographie

Bellis, M. Hale, G. Bennett, A. Chaudry, M. Kilfoyle, M. (2000) 'Ibiza Uncovered: Changes in Substance Use and Sexual Behaviour amongst Young People Visiting an International Night-Life Resort.' *International Journal on Drugs Policy*, 11, 3: 235-244.

Calafat, A. (1998) *Nightlife in Europe and Recreative Drug Use*. Palma de Mallorca, SONAR 98 IREFREA/European Commission.

Clark, P. Cook, P. Syed, Q. Ashton, J. Bellis, M. (2001) *Re-Emerging Syphilis in the North West. Lessons from the Manchester Outbreak*. Liverpool, Liverpool John Moores University, Public Health Sector.

De Jong, W (2001) *Experiences with risk reduction programmes in Europe. A review of the literature*. Council of Europe, Pompidou Group

DIMS (1998) Utrecht: Trimbos Instituut, The Netherlands

EMCDDA (2000) *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. Lisbon, Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction.

Garratt, S. (1998) *Adventures in Wonderland: A decade of Club Culture*. London, Headline.

Henderson, S. (2000) *Protecting and Promoting the Health of Club-Goers in Liverpool: a Social Market Research Report*. Liverpool, HIT.

Henerson, S. (2002) *Protection' And 'It's A Fine Line': An Evaluation Of Two Multi-Component Interventions Targeting Drug Use And Sexual Health In The Context Of Nightlife In Merseyside And Ibiza*. Liverpool, HIT
www.hit.org.u/protectionreport.pdf

Hibell, B. Andersson, B. Ahlstrom, S. Balakireva, O. Bjarnason, T. Kokkevi, A. Morgan, M. (2000) *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

Home Office Drugs Prevention Initiative (1998) *Guidance on Good Practice. A Supplement to the DPI's Overview Guidance to Drug Action Teams on Developing Local Drugs Prevention Strategies*. London, Drug Prevention Initiative.

London Drug Policy Forum (1996) *Dance till dawn safely. A code of practice on health and safety at dance venues*. Association of London Government

McDermott, P. Matthews, A. O'Hare, P. and Bennett, A. (1993) 'Ecstasy in the UK: Recreational Drug Use and Cultural Change' in Heather, N. Wodak, A.

Nadelmann, E. and O'Hare, P. (eds) *Psychoactive Drugs and Harm Reduction. From Faith to Science*, Whurr.

Measham, F. Aldridge, J. and Parker, H. (2001) *Dancing with Drugs: Risk, Health and Hedonism in the British Club Scene*. London, Free Association Books.

Shapiro H. (1999) 'Dances with Drugs: Pop Music, Drugs and Youth Culture' in South, N. (ed) *Drugs: Cultures, Controls and Everyday Life*. London, Sage.

Winstock A, Wolf K and Ramsey J (2001) Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far? *Addiction* **96**, 1139-1148

Réponses personnalisées par ordinateur et consommation d'alcool

Andrée J. van Emst (Pays-Bas)

Introduction

Ce document concerne une nouvelle approche qualitative pour diminuer la consommation dangereuse d'alcool - un projet de l'Institut National pour la Promotion de la Santé et la Prévention des Maladies (NIGZ).

Une des tâches du NIGZ est de mener la campagne nationale de prévention de l'alcoolisme : "DRANK maakt meer kapot dan je lief is", qui signifie l'alcool peut briser ton coeur. Dans cette campagne, nous avons trois groupes cibles :

Les jeunes (15-25 ans)

Les étudiants (Université)

Les adultes (notamment les hommes entre 35-55 ans).

Au début, la campagne était orientée vers les jeunes, mais en 1998, la recherche (van Gorp) a montré que parmi les hommes et femmes adultes qui buvaient de l'alcool, un nombre important buvait au-delà de limites raisonnables. Nous définissons les limites raisonnables par moins de 21 unités standard par semaine pour les hommes et moins de 14 unités standard par semaine pour les femmes. Une unité standard contient 10 grammes d'alcool.

Aux Pays-Bas, environ 15% de la population ne boit pas d'alcool.

Sur le transparent, vous pouvez voir que parmi les hommes âgés de 35 à 45 ans qui boivent de l'alcool, plus de 40% boivent au-delà de limites raisonnables.

Les femmes boivent beaucoup moins que les hommes. Mais vous pouvez constater que 25% des femmes entre 35 et 45 ans boivent trop.

Jusqu'à présent, nous avons essayé par des méthodes quantitatives de réduire le risque de consommation dangereuse d'alcool. La télévision, des spots radio, des brochures ont été utilisées comme moyen d'informer les gens des risques d'une consommation dépassant les limites raisonnables. De cette façon, beaucoup d'informations ont été disséminées, mais il n'y a pas eu de changement de comportement.

La recherche (Alcohol Alert, 1999, 2000) a montré que des conseils et des interventions limités par les thérapeutes pouvaient être efficaces pour réduire la consommation dangereuse d'alcool. Cependant, nous savons que peu de gens, même ceux ayant un véritable problème d'alcool ont recours à des services spécialisés ou vont voir leur médecin généraliste. A notre avis, les personnes qui boivent dangereusement et qui n'ont pas de gros problèmes, n'ont pas besoin de consulter un spécialiste.

Nous nous sommes demandés comment nous pourrions atteindre, de façon plus individuelle, de grands groupes de personnes qui boivent au-delà de limites raisonnables.

Service personnalisée par ordinateur

Au cours de la dernière décennie, des messages de santé personnalisés par ordinateur ont été mis au point pour aider le public à propos de questions telles que fumer des cigarettes et la consommation de graisse et de légumes. (Brug, 1997, Dijkstra, 1998).

Une définition est donnée par de Vries et Brug (1999): le service personnalisé par ordinateur (« computer tailoring ») est l'adaptation de matériels d'éducation à la santé à une personne spécifique à travers un processus informatique. Bien qu'il reste encore beaucoup de recherche à faire concernant la question de savoir pourquoi le service personnalisé par ordinateur est efficace, nous savons que son efficacité a été démontrée pour réduire par exemple, la consommation de cigarettes et la consommation de graisse, lorsqu'il est comparé à des activités générales d'éducation à la santé ou même à des manuels d'aide. Au cours des deux dernières années, nous avons mis au point un système informatique permettant de donner des réponses personnalisées aux consommateurs d'alcool. Le but des réponses est de sensibiliser les gens à leurs habitudes de consommation et réduire leur consommation dangereuse d'alcool.

Comment fonctionne le système personnalisé ?

Des messages personnalisés (conseils/recommandations) nécessitent les points suivants :

Y Examen des caractéristiques individuelles qui relèvent du comportement d'une personne (dans notre cas, la consommation d'alcool). Ceci est fait par un test ou questionnaire.

Y une bibliothèque de messages comportant tous les messages d'éducation à la santé qui peuvent s'avérer nécessaires.

- Y Un algorithme, ou un set de règles de décision qui évalue l'examen et sélectionne les messages personnalisés pour l'individu.
- Y Une voie pour délivrer ces messages à l'utilisateur, par ex. une lettre

Questionnaire

Le questionnaire sur la consommation d'alcool a maintenant été développé et testé. Nous avons décidé de créer un site web consacré à ces réponses personnalisées, sur lequel il est possible de répondre anonymement au questionnaire. En outre, une réponse est donnée immédiatement en ligne. Vous pouvez choisir d'imprimer l'information, ou de la recevoir par e-mail en format pdf ou html. Comme nous souhaitons que les conseils soient aussi personnels que possible, nous avons choisi un concept pour le site web qui puisse s'adapter au choix de l'utilisateur. En plus de ceci, des bandeaux seront utilisés pour attirer les personnes d'autres sites sur notre site www.drinktest.nl - un bandeau de football sera utilisé pour représenter le sport. En entrant directement sur le site, il y aura une page neutre que vous pouvez voir sur le transparent. Sur cette première page, l'utilisateur peut taper sa boisson alcoolisée préférée, la bière, par exemple.

Le questionnaire apparaîtra sous forme d'une page sur la bière. En fait, il y a deux questionnaires.

Le premier questionnaire est très court et en dehors de quelques questions de base, par exemple sur le sexe et l'âge, seules trois questions sont posées :

- Y Consommation hebdomadaire d'alcool
- Y Idée de l'individu quant à la quantité de sa consommation d'alcool (très peu/ beaucoup)
- Y Changements concernant l'individu

En combinant ces questions, une recommandation préliminaire est faite. Dans ce message, les personnes reçoivent des informations quant à leur mode de consommation et quant aux limites raisonnables. Les personnes qui boivent au-delà de ces limites raisonnables, sont encouragées à remplir le reste du questionnaire qui s'avère inutile pour ceux qui boivent déjà raisonnablement. Cette réponse est donnée d'après la boisson préférée de l'individu.

Dans la seconde partie du questionnaire, trois types de questions sont posées.

- Y Circonstances personnelles, par exemple, grossesse ou maladies cardiaques ou vasculaires

- Y Avantages et inconvénients d'une baisse de la consommation d'alcool, par exemple:
- Y Si je bois moins d'alcool, j'aurais plus de mal à me relaxer

Questions à propos de sa propre efficacité vis-à-vis de la consommation d'alcool dans des situations à risque élevée

Il y a deux types de situations : les situations sociales, par exemple être à une soirée et des états émotionnels négatifs, par exemple, se sentir déprimé.

Ceci est suivi de 32 questions à choix multiple. En pratique, 10 minutes sont nécessaires pour remplir le questionnaire. Un conseil est donné à la personne sur tous les sujets pertinents :

Exemples de sujets :

- Y Alcool et santé
- Y Alcool et circulation
- Y Alcool et grossesse
- Y Avantages et inconvénients de l'alcool
- Y Consommation de l'alcool en compagnie d'autres personnes

www.drinkest.nl constitue la première partie d'une approche progressive à plusieurs niveaux. Les personnes qui souhaitent davantage d'information, peuvent aller sur un autre site web sur lequel, ils peuvent suivre un programme d'aide : comment boire moins. Ce site est développé par le Trimbos Institute en coopération avec NIGZ et Jellinek.

L'évaluation des effets de www.drinktest.nl est actuellement en cours. Nous avons l'intention de lancer le site à l'automne 2002.

Bibliographie

Alcohol Alert (1999): Brief Interventions for Alcohol Problems, no. 43
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

Alcohol Alert (2000): New Advances in Alcoholism Treatment, no. 49
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

Brug, J. (1997) *The Development and Impact of Computer-Tailored Nutrition Education*. (dissertation) Universiteit Maastricht

Dijkstra, A. (1998) *Computer-tailored interventions for Smoking cessation: Targeting smokers with Low readiness to quit*. (dissertation) Universiteit Maastricht

Gorp, K. van et.al. (1998) Waarom drinken mensen? Een empirische studie naar (sociaal)-psychologische determinanten van alcoholgebruik. Woerden: NIGZ.

Vries, H. de, J. Brug (1999) Computer-tailored interventions motivating people to adopt health promoting behaviours: Introduction to a new approach. *Patient education and counseling* vol 36. (pp. 99-105)

Education par les pairs et les intervenants sur le terrain

Ragnhild Bruun (Norvège)

Introduction

Mon nom est Ragnhild Bruun. J'ai 22 ans et je viens d'Oslo, Norvège. J'ai consommé des substances psychoactives pendant environ trois ans et depuis deux ans, je travaille comme bénévole au sein d'un projet intitulé FUTURE. Mon exposé porte sur ce projet comme méthode de réduction des risques.

Réduction des risques

Tout d'abord, j'aimerais dire ce que signifie pour moi le terme "réduction des risques et pourquoi je pense que c'est important. Dans le glossaire sur la réduction des risques du **PNUCID**, "la réduction des risques "est décrite en tant que "politiques ou programmes orientés vers la réduction du risque des dommages causés par l'alcool ou d'autres substances". C'est également ainsi que je comprends ce terme.

Lorsque je présente le projet aux parents et que je leur explique les substances psychoactives, certains sont sceptiques quant au concept de réduction des risques. Ils pensent que c'est une façon d'accepter l'abus de substances. Ils ont tendance à considérer que la réduction des risques signifie dire oui aux substances, tolérer son usage ou envoyer le mauvais message aux jeunes qui utilisent déjà des substances illicites ou se demandent s'ils vont en utiliser. C'est compréhensible. Cependant, je pense qu'il est important de reconnaître le fait qu'il y aura toujours des personnes qui choisiront de consommer des substances psychoactives. Il est simplement irréaliste de croire différemment. Comme il y aura toujours des personnes pour faire ce choix, il est très important de pouvoir les atteindre et d'essayer autant que possible de les empêcher ou de réduire les problèmes sociaux, physiques et psychologiques associés. La question cruciale à cet égard est : comment réduisons nous le risque de dommages ? Je suis ici pour parler d'un projet qui a pour but la réduction des risques et la prévention de la consommation de substances parmi les jeunes qui font partie de la culture house/techno. L'accent sera mis sur la réduction des risques.

Le nom du projet est FUTURE. Il est géré dans le cadre de *Uteseksjonen* et est installé dans ses locaux. *Uteseksjonen* est la section d'approche et de rencontre du Département pour la Prévention et le Traitement des problèmes d'alcool et autres substances

psychoactives (*Rusmiddeletaten*) à Oslo. Il existe trois autres projets FUTURE en Norvège. Je limiterai mon exposé au projet FUTURE à Oslo.

Comment FUTURE a-t-il démarré ?

FUTURE est la suite d'un projet intitulé *Stopp Dope!, Ikke Dansinga*. Traduit en français, ceci signifie *Arrêtez les substances psychoactives, pas la danse*. En 1994/1995, un travailleur social du nom d'Elin Halvorsen Ringstad commença à travailler à *Uteseksjonen*. Elle faisait partie de la « house culture » en expansion à Oslo. Elle et un autre travailleur social décidèrent de cibler cette culture et de développer des méthodes pour y accéder. A l'époque, ce milieu house était fermé. Ils commencèrent un travail d'approche et de rencontre lors des soirées rave et houses. Ils rencontrèrent deux hommes, un DJ et un organisateur de soirées, qui étaient préoccupés par les évolutions qui se manifestaient au sein cette culture par rapport à l'usage/l'abus de substances. Les deux hommes avaient déjà commencé à faire des prospectus qui donnaient des tuyaux sur la façon d'éviter les effets secondaires des substances stimulantes telles que le coup de chaleur et l'épuisement. Ces prospectus avaient une approche de réduction des risques. Les deux hommes étaient bien connus de cette culture. Ils connaissaient bien le jargon culturel et les caractéristiques comportementales. C'était très important pour le projet. Les deux hommes et les deux travailleurs sociaux commencèrent à travailler ensemble pour prévenir et réduire la consommation de substances lors de manifestations de danse ou musicales. Ils intitulèrent le projet *Arrêtez les substances psychoactives pas la danse*. Les travailleurs sociaux rencontrèrent ensuite quatre jeunes qui avaient des problèmes de consommation de substances psychoactives. Lorsque les travailleurs sociaux leur demandèrent ce qu'ils pouvaient faire pour les aider, ils répondirent qu'ils souhaitaient travailler comme les travailleurs sociaux, bénévolement. Ce fut le début de la patrouille danse en tant que méthode de prévention des substances psychoactives. Le fait que les deux hommes (le DJ et l'organisateur de soirées) qui au départ avaient commencé à travailler avec les travailleurs sociaux, étaient bien considérés dans le milieu de la sous-culture, était très important. Leur rôle dans ce milieu house leur permit de fonctionner en tant que transmetteurs de nouvelles normes et valeurs. D'autres avec des positions similaires au sein de ce milieu furent également recrutés pour se joindre à l'équipe.

En 1999, le projet changea de nom, en partie due au fait que le nom original rencontrait une certaine résistance de la part du groupe cible. Pour eux, la phrase d'accroche "*Arrêtez les substances psychoactives*"

était trop provocatrice et moralisatrice. Elle semblait effrayer les personnes mêmes avec lesquelles nous souhaitions établir un contact. Les bénévoles décidèrent de changer le nom en FUTURE. Elin H. Ringstad travaille maintenant à plein-temps à Uteseksjonen en tant que directeur de projet.

Quels sont les bénévoles qui travaillent à FUTURE?

Aujourd'hui, environ 60 bénévoles et 5 travailleurs sociaux travaillent à FUTURE. Le nombre de bénévoles pourrait être plus élevé, mais comme certains bénévoles ont besoin de recevoir un soutien professionnel de la part des travailleurs sociaux, nous fonctionnons avec une liste de réserve. En ce moment, nous n'acceptons de nouveaux membres qu'en août et janvier. Les bénévoles ont entre 17 et 25 ans. La moyenne d'âge est d'environ 20 ans.

La majorité des bénévoles a une expérience de la consommation de substances psychoactives, en grande partie des "substances rave" telles que les amphétamines, l'ecstasy, la cocaïne et le GHB. L'utilisation de cannabis et de benzodiazépines est également courante. Pour devenir membre de FUTURE, vous devez avoir la motivation ou le désir d'arrêter de consommer des substances. Nous n'exigeons pas que vous soyez "clean" lorsque vous adhérez. C'est pourquoi, certains de nos bénévoles consomment encore des substances psychoactives. Les bénévoles ont des parcours différents concernant leur consommation ou non-consommation de substances. C'est un avantage, car quelqu'un qui n'a pas consommé de substances psychoactives pendant deux ans, a une grande expérience à offrir à quelqu'un qui a juste arrêté ou qui essaye d'arrêter. C'est assez courant à FUTURE pour les bénévoles de parler ouvertement de leurs problèmes psychiques/psychologiques tels que l'anxiété, la dépression etc.

Il y a également des bénévoles qui ont fait le choix de ne pas consommer de substances psychoactives ou qui souhaitent seulement faire quelque chose pour les autres. Ils représentent un cinquième du groupe. Ce mélange est très important pour le projet. Les bénévoles qui ne consomment pas de substances, aident à introduire une certaine stabilité dans le groupe et ils contribuent également à lever tout préjudice qui autrement risquerait d'être associé à l'appartenance à FUTURE. Ces bénévoles qui ne consomment pas de substances psychoactives ont des opinions très marquées à propos des substances psychoactives et représentent un modèle positif pour le reste du groupe. Ils jouent un rôle central dans l'éducation de leurs pairs dans la façon de mener une vie sans substance psychoactive. Ils participent par

exemple à des débats à propos des propos tenus par les personnes qui ne consomment pas de drogues, ce qu'elles font lorsqu'elles s'ennuient, comment elles arrivent à dire NON lorsqu'on leur offre des substances psychoactives etc. Ceci peut être considéré comme l'aspect entraide de FUTURE. FUTURE aide ses membres à réfléchir à leurs attitudes vis-à-vis des substances psychoactives, à parler ouvertement de leurs problèmes avec le sentiment qu'ils sont entendus et compris, et non pas incompris et jugés d'avance. A mon avis, ceci est très important dans le travail social avec les jeunes.

Que fait FUTURE ?

La tâche principale de FUTURE est d'aider les jeunes qui se retrouvent dans des cercles de jeunes ayant une attitude permissive vis-à-vis des substances psychoactives. Notre groupe cible est constitué de jeunes entre 15 et 25 ans qui consomment des substances stimulantes. Nous avons recours à différentes méthodes pour les atteindre. En voici quelques-unes.

Brochures

Une des actions de FUTURE est de produire des brochures sur les substances illicites. Ces brochures sont destinées à des personnes qui consomment déjà des substances illicites ou qui risquent de commencer. Nos brochures contiennent des informations factuelles sur la façon dont fonctionnent les diverses substances, sur les sensations associées à ces substances, leurs effets à court et long-terme et comment éviter et réduire ces effets. Par exemple, dans notre brochure sur l'ecstasy, nous présentons comment se déroulent les périodes d'euphorie ("défonce") et de dépression associées à la substance et comment ceci peut constituer une expérience effrayante. Notre but est de préparer les consommateurs à ces expériences. La brochure sur l'ecstasy contient également des informations sur la façon d'éviter le coup de chaleur et l'épuisement, des avertissements sur le mélange d'ecstasy et d'alcool et des informations sur les pilules et cachets suspects, avec des suggestions quant au dosage approprié. Nous consultons nos bénévoles pour produire ces brochures. Nous les considérons comme des experts car ce sont eux qui ont les meilleures connaissances des effets des substances psychoactives. Dans les brochures, nous utilisons à la fois les noms de "rue" et les noms scientifiques. Les bénévoles sont également responsables du format de la brochure. Ceci garantit une crédibilité et assure que ces brochures ne sont pas considérées uniquement comme propagande pour effrayer les jeunes et les détourner de la consommation de substances psychoactives. Nous avons des brochures sur l'ecstasy, les

amphétamines, la cocaïne, le GHB, le cannabis et les benzodiazépines. Nous travaillons actuellement sur une nouvelle brochure sur la cocaïne et avons en prévision une autre brochure sur les champignons. Ces deux substances sont de plus en plus populaires parmi le groupe cible. Il est important de souligner que FUTURE a une politique stricte contre la distribution de ses brochures auprès des écoles élémentaires ou les clubs de jeunes en raison du risque que ces brochures soient perçues comme une invitation à consommer des substances, ce qui irait à l'encontre du but recherché

Nous avons également une brochure destinée spécialement aux parents. Celle-ci contient des informations sur la façon d'identifier les symptômes et les caractéristiques qui sont communément associés à la consommation de substances stimulantes ou de substances rave et comment les parents qui soupçonnent leur fils/fille de consommer des substances psychoactives, peuvent aborder les questions concernant la consommation de substances psychoactives avec le jeune. Elle contient également des informations sur la façon d'aborder au mieux la situation dans laquelle un enfant consomme des substances psychoactives.

Stands

Pour distribuer ces brochures à notre groupe cible, nous devons être là où ils se trouvent. A cette fin, FUTURE monte des stands à chaque grande manifestation de danse ou de musique. De nos jours, les grandes manifestations musicales ne sont plus aussi courantes. C'est pourquoi, nous avons commencé à cibler les boîtes de nuit dans lesquelles nous savons que la consommation de substances rave est répandue. Nous montons des stands dans ces clubs et des bénévoles tiennent les stands, mais il y a toujours au moins un travailleur social présent. Les jeunes gens qui ont besoin d'un soutien professionnel sont adressés au travailleur social. Quatre bénévoles ont la charge de responsabilités spéciales. Ces bénévoles travaillent avec FUTURE depuis de nombreuses années et sont expérimentés et fiables.

Nous distribuons plusieurs choses à partir de notre stand FUTURE typique. Nous savons que les personnes qui ont recours à des substances rave souvent ne mangent pas beaucoup et sont sous-alimentés. Ceci est dû au fait que les substances stimulantes diminuent les sensations de faim et de douleur. C'est pourquoi, nous distribuons des fruits et des sucettes – les sucettes sont très populaires car les substances rave génèrent une forte activité musculaire dans les gencives et les sucettes donnent quelque chose à faire aux consommateurs. Nous distribuons également des préservatifs car nous

savons que beaucoup de personnes sous l'influence de substances psychoactives et d'alcool, ont des rapports sexuels sans protection. Et bien sur, nous distribuons des brochures et des prospectus. Ils contiennent des informations sur d'autres activités sur lesquelles je reviendrai plus tard.

Certains garçons à FUTURE prennent des photos avec des appareils digitaux lors de ces manifestations de danse. Nous les téléchargeons sur un ordinateur et nous les montrons sur un grand écran à l'aide d'un projecteur laser. Nous savons que la plupart des jeunes adorent se voir sur grand écran et pour cette raison, ils affluent en masse vers notre stand.

La plupart de nos bénévoles sont très créatifs. Ils distribuent de la peinture corporelle gratuitement à ceux qui le souhaitent. Tout ceci nous aide à atteindre beaucoup de jeunes qui font partie de cette culture. Nous sommes bien connus et acceptés dans ce milieu de jeune. En fait, certains jeunes ne connaissaient pas ce qui se passait dans le milieu rave/ techno avant l'arrivée de FUTURE. D'autres ne peuvent pas imaginer un événement de danse sans la présence de FUTURE. Dans leur esprit, FUTURE fait partie intégrante de ces événements musicaux ou de danse.

L'idée principale qui sous-tend le travail des bénévoles sur les stands est d'assurer, si vous voulez, une communication de jeune à jeune. Si la personne que vous rencontrez est du même âge que vous, il est beaucoup moins intimidant d'entrer en contact que si la personne est de l'âge de vos parents. Comme je l'ai mentionné plus haut, beaucoup de membres de FUTURE ont consommé des substances rave auparavant et ils rencontrent des jeunes qu'ils connaissent déjà. C'est pourquoi notre message devient beaucoup plus crédible et fiable lorsque ces jeunes savent que NOUS connaissons ce dont nous parlons et que nous communiquons également dans "leur langage", un langage qu'ils peuvent comprendre. Il devient donc plus facile de gagner leur confiance. La plupart de nos membres ont été recrutés de cette façon, en nous rencontrant lors de manifestations musicales et en pensant qu'il serait intéressant de devenir un membre de FUTURE. Puis, trois ou peut-être quatre mois plus tard, ce seront ces mêmes personnes qui distribueront des fruits et des brochures et recruteront de nouveaux membres. De cette façon, la boucle est bouclée.

Nous avons une réglementation que nos bénévoles doivent respecter lorsqu'ils représentent FUTURE. Cette réglementation est établie par FUTURE et est constamment révisée. Tout d'abord, nous devons nous abstenir de consommer des substances psychoactives pendant au

moins un mois avant de pouvoir représenter ou travailler pour FUTURE. Deuxièmement, nous ne pouvons pas consommer de substances psychoactives ou de l'alcool lorsque nous travaillons pour FUTURE. Pour devenir membre de FUTURE, nous devons signer une déclaration pour respecter la loi norvégienne sur la confidentialité. Toute information donnée par les membres de FUTURE ou par des participants lors de manifestations de danse est strictement confidentielle. Ceci vise à encourager leur confiance et à assurer qu'ils parlent ouvertement de leurs problèmes.

Tous les membres de FUTURE sont obligés de suivre des cours qui leur donnent les compétences nécessaires leur permettant de travailler sur des stands. Nous apprenons à donner des cours de premier secours, à gérer les conflits et à les éviter en utilisant le langage corporel etc. Un médecin de l'institut de médecine légale nous enseigne également les effets des substances psychoactives.

Cours

Nous essayons de prévoir des activités qui soient attirantes pour nos membres afin qu'ils aient autre chose à faire pendant leur temps libre que de consommer des substances psychoactives. Ces activités sont intitulées 'cours', car le mot 'cours' n'a pas un caractère aussi intimidant et obligatoire que le mot 'école'. C'est pourquoi, nous préférons parler de 'cours de DJ' plutôt que d'école DJ'. Ces cours sont des moyens efficaces d'attirer notre groupe cible. Ces cours sont conçus par certains de nos bénévoles de telle sorte qu'ils correspondent souvent aux intérêts des personnes qu'ils essayent d'atteindre. Ces cours sont dirigés par les volontaires et ils reposent sur les ressources personnelles. Tout le monde est doué pour quelque chose et laisser les bénévoles organiser quelque chose qui les intéresse et y participer a un effet positif sur leur estime de soi. Nous avons organisé des cours de lecture des cartes de Tarot, de danse du ventre, d'interprétation des rêves et d'astrologie. Nous avons en ce moment deux cours en fonctionnement : un cours de DJ et un cours de couture et de mode. Nous avons également deux groupes de danse qui se réunissent une fois par semaine.

Le cours de DJ, les groupes de danse et le cours de couture et de mode sont tous très populaires et pour de bonnes raisons. Le DJ a le statut le plus élevé au sein de la culture rave, suivi par les danseurs. Nos DJs et danseurs se produisent lors de grandes manifestations de danse ou musicales. C'est très important ; ils retournent dans le milieu après avoir arrêté les substances psychoactives et en étant encore plus

cools qu'auparavant. Ils conçoivent et cousent leurs propres costumes – y compris les garçons.

Chaque été, il y a une grande manifestation appelée la parade d'été d'Oslo. La parade d'été est une grande parade techno au cours de laquelle de nombreux bus/chars défilent à travers les rues principales d'Oslo avec des personnes dansant sur ces bus/ chars et autour d'eux. C'est un événement similaire à la Love Parade en Allemagne. L'année dernière, FUTURE avait deux bus sur lesquels dansaient nos propres DJs et danseurs. Nous avons fait nos propres costumes. Ce fut un immense succès ! FUTURE et Uteseksjonen ont attiré beaucoup d'attention et ceci a renforcé ainsi la confiance des participants.

Discussions avec les parents

Un grand nombre de parents contacte Uteseksjonen car ils craignent ou soupçonnent que leurs enfants prennent des substances psychoactives. Si tel est le cas, nous proposons aux parents une 'discussion parentale'. Un travailleur social et un membre de FUTURE parlent habituellement avec les parents et leur fils ou fille. A notre avis, avoir un jeune, qui est passé par la même expérience, peut aider à éclairer le problème qui fait l'objet de la discussion et permet à la fois aux parents et au jeune de considérer les deux aspects de l'histoire. Pour participer à une telle discussion, un bénévole doit avoir arrêté sa consommation de substances psychoactives depuis un mois au moins. Il appartient aux travailleurs sociaux de choisir le bénévole qui participera à la discussion.

Exposés

Nous faisons également des exposés aux parents lors de réunions à l'école, aux infirmiers et aux professeurs ainsi qu'à des membres d'autres professions qui travaillent avec des jeunes qui ont des problèmes de consommation de substances psychoactives. Nous ne faisons pas d'exposés auprès des jeunes. La crainte encore une fois est que tels exposés pourraient être considérés comme une invitation à consommer des substances notamment par les volontaires disposant de beaucoup de ressources. La raison principale pour laquelle nous donnons autant d'exposés est que les membres de FUTURE ont une excellente connaissance de ces substances. Cela leur permet aussi de considérer leur propre consommation d'une autre façon en raison des différents types de questions qui leur sont posés. Etre capable de transformer quelque chose dont vous êtes profondément honteux en quelque chose de positif et de valeur a des effets positifs sur leur

estime de soi. Cela fait du bien de savoir que même si vous avez causé à votre famille, amis et vous-même beaucoup de peine, vous valez encore quelque chose.

Conclusion

Le projet FUTURE est orienté à la fois sur la réduction des risques et la prévention de l'abus de substances psychoactives. Nous n'aurions pas pu nous limiter à un seul objectif. Travailler à la réduction des risques parmi les jeunes qui consomment des substances stimulantes conduit automatiquement à la prévention de l'abus de substances. C'est parce que nos bénévoles ont un rôle de modèle vis-à-vis de jeunes qui n'ont pas encore fait l'expérience de la consommation de substances. Lorsqu'ils sont à l'extérieur en faisant un travail de prévention de la consommation de substances, par exemple en faisant des exposés, ils apprennent davantage sur les risques auxquels ils s'exposeraient s'ils choisissaient de consommer des substances. De cette façon, le travail de prévention qu'ils effectuent réduit leur risque lorsqu'ils consomment des substances. Ils ont appris quels étaient les effets à court et long-terme de ces substances afin de faire des exposés. Ils partagent également ces informations avec leurs amis dans leur milieu. Il est probable que ceci contribue à réduire les risques dans leur milieu.

Comprehensive policies and integrated approaches - the example of the city of Rotterdam

Wouter de Jong (Pays-Bas)

Abstract

Risk reduction strategies regarding substance use are often considered from the perspective of single organisations, which undertake activities and services in order to reach and influence the behaviour within quite often pre-defined target population(s). Risks are defined in terms of substance use related consequences for the individual and his/her direct surrounding.

A different level on which one can consider risk reduction strategies is the level of the municipality. Substance use related issues and challenges on a municipal level are for example the maintenance of safety and public order in the city, the control of infectious diseases and the encouragement of multi-sectoral co-operation (between police, drug agencies, the public prosecutor's office, the agencies for the homeless and the (mental) health care institutions).

In recent years the city of Rotterdam has made a strong effort to develop an integrated approach towards substance use risks by finding a balance between public health, social care and public order policies. The primary aim of the Rotterdam approach is the reduction of social harm and the prevention of marginalisation, which is, related to substance use problems. The key word of the Rotterdam approach is inter-sectoral collaboration on various levels of policy development and implementation. This has resulted in a number of co-operative initiatives and programmes. First evaluations show promising outcomes, which could hardly be realised without the co-operation between the various sectors and organisations involved.

Réduction des risques dans l'univers de la nuit Considérations nationales et internationales

Mark A. Bellis, Karen Hughes & Helen Lowey (Royaume-Uni)

Les deux thèmes principaux de l'exposé sont les suivants :

1. Il est possible de modifier l'univers de la nuit pour réduire les risques associés à la consommation de substances. En d'autres termes, il est possible de développer une approche de lieux sains dans le cadre de l'univers de la nuit.
2. En raison de la nature des sorties en boîte de nuit (clubbing) et de l'augmentation du tourisme international lié à la « danse music » (les personnes vont en vacances à l'étranger dans le but de visiter les boîtes de nuit), une réponse internationale pour réduire les risques en matière de santé associés à la vie nocturne s'avère maintenant nécessaire.

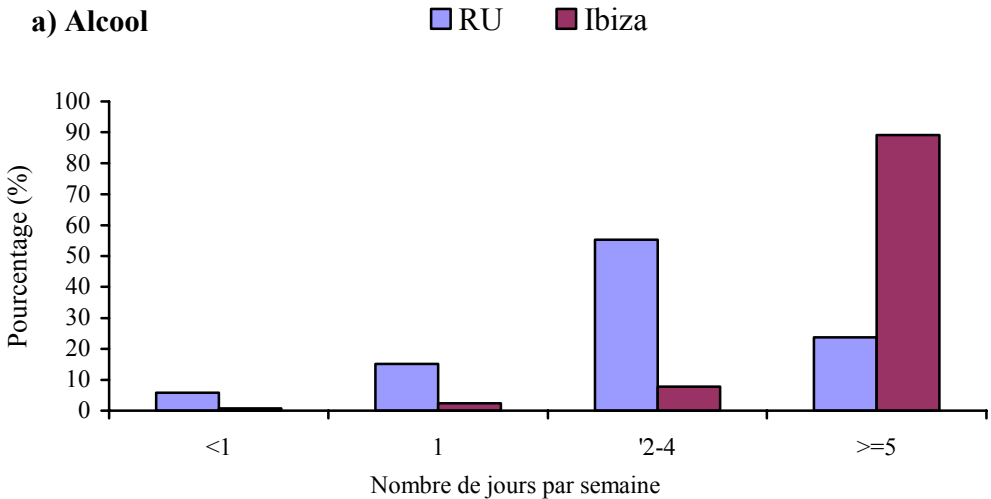
Dans cet exposé, nous considérons l'abus de substances dans son sens le plus large en y incluant les substances légales telles que l'alcool et le tabac. Ce choix se justifie par le fait qu'au Royaume-Uni seulement, 33.000 personnes meurent de maladies liées à l'alcool chaque année (Alcohol Concern, 1998) et 120.000 morts sont attribuées au tabac (environ 13 par heure) (Département de la santé, 1998). Cependant, certains types d'usage de substances (par ex. l'ecstasy) ont une relation particulière avec la « club culture ».

La relation entre les sorties en boîte et l'usage de substances illicites est maintenant bien établie (Measham et al., 2001). Sur la Figure 1, nous pouvons voir les niveaux d'usage de cannabis, ecstasy, amphétamines et cocaïne dans :

- a) La population générale d'après l'enquête British Crime Survey, 2000 (Ramsay et al., 2001)
- b) Un échantillon de jeunes gens se rendant dans une ville connue pour sa vie nocturne au niveau international d'après l'étude Club Health (Bellis et al., 2001) et
- c) Un groupe britannique fréquentant les boîtes de nuit d'après l'enquête Dancing on Drugs survey (Measham, 2000).

Figure 1. Consommation de substances parmi la population générale au RU et parmi la population fréquentant les boîtes de nuit.

*Moyenne d'âge : 16-29, à l'exception de Measham, 15-57 (moyenne d'âge=22,8)



Dans le cas de l'ecstasy, environ 5% des individus dans la population générale ont consommé de l'ecstasy dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête, alors qu'environ 40% des individus qui se sont rendus dans une ville connue pour sa vie nocturne au niveau international ont consommé de l'ecstasy dans les six mois précédant leur voyage à l'étranger. Parmi les personnes fréquentant des boîtes de nuit au Royaume-Uni, environ 50% avaient consommé de l'ecstasy au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

Au Royaume-Uni, des rapports récents de décès liés à l'ecstasy ont reconnu le lien entre l'environnement et les effets négatifs de l'usage de substances psychoactives. Par exemple, des rapports sur les décès liés à l'ecstasy indiquent que des facteurs externes ont contribué à la mort de l'individu :

“La cause la plus probable du décès est le coup de chaleur. On pense que la température dans la boîte de nuit devait être de 40°C” (Burke, 2001).

“Manque de ventilation adéquate lors d'une nuit chaude avec un approvisionnement en eau froide insuffisant” (Bowcott, 2001).

En d'autres termes, il est de plus en plus reconnu que l'environnement festif a une influence significative sur le niveau de dommages liés à la consommation de substances psychoactives. La plupart du temps, les considérations en matière d'environnement ont porté sur la nécessité de prévoir des endroits pour se détendre (c'est à dire des zones de repos 'chill out' (Webster et. al., 2002) et un accès convenable à de l'eau froide afin de réduire le risque de surchauffe et de déshydratation. Il existe cependant d'autres domaines dans l'univers de la nuit où les risques associés à l'usage de substances psychoactives peuvent être réduits.

Tableau 1. Certaines lieux de l'environnement où le risque peut être diminué

Bâtiments	Ventilation et température
Zones de repos pour se détendre	Fumée
Escaliers et cages d'escaliers sûrs	Chaleur
Bon éclairage	Accès à l'eau
Accès aux téléphones	Sexe à moindre risque
Systèmes électriques sûrs	Mise à disposition de préservatifs
Bruit	Promotion de la santé
Personnel et formation	Accès et sortie
Portiers	Sorties de secours
Personnels affectés au bar	Services d'urgence
Soins de premiers secours	Contrôle de la foule
Testing	Environnement de nuit
Testing de pilule	Heures d'ouverture des débits de boisson
Alcootest	Circuits des transports publics

L'aménagement du lieu de l'espace festif en lui-même est important, par exemple, réduire le nombre d'endroits sombres et retirés peut réduire les niveaux de trafic de substances illicites. Les boîtes de nuit sont souvent bourrées d'équipement électrique et des mesures de

sécurité adéquates devraient donc assurer que les risques d'incendie soient réduits au minimum. Parallèlement, les questions telles que le surpeuplement des lieux et des sorties de secours visibles sont vitales pour que les gens en général désorientés (souvent par la danse et l'usage de substances) puissent s'enfuir d'un bâtiment en feu (Calafat et al., 2001; Webster et al., 2002).

De la même façon, la formation du personnel en termes de contrôle de la foule et de soins de premier secours est importante. Ces deux éléments devraient inclure la compréhension des effets secondaires négatifs liés à la consommation de substances psychoactives. D'autres questions comprennent :

- Les heures d'ouverture des débits de boisson et comment celles-ci peuvent avoir pour conséquence de générer la sortie d'un grand nombre d'individus intoxiqués, désorientés quittant les lieux de nuit et se rassemblant dans les rues au même moment.
- Les volumes excessifs de musique dans les boîtes de nuit, qui peuvent entraîner des lésions auditives.
- La mise en place d'un dispositif pour des rapports sexuels à moindre risque comprenant l'accès à des préservatifs (par exemple, en reconnaissant le lien entre le sexe, l'alcool et l'usage de substances).
- Les initiatives de Testing, telles que les alcootests et la prise en considération du Testing de pilule.
- La mise en place d'un moyen de transport pour transporter les personnes sous l'influence de l'alcool et de substances psychoactives qui quittent les boîtes de nuit à la fin de la soirée rapidement et sûrement.

Il est utile de donner certains exemples récents pour illustrer certains risques associés à ces questions. En 1999, un rapport a cité un habitué des boîtes de nuit faisant une chute mortelle dans une boîte de nuit de Manchester après avoir frimé devant des amis (Manchester News, 2001). Plus récemment, une autre personne est morte dans une boîte de nuit à la suite d'un conflit avec le portier encore une fois après une chute dans les escaliers (Mendick, 2001). On ne saurait que trop souligner l'importance de portiers correctement formés; des portiers correctement formés devraient être en mesure de réduire les dommages plutôt que de les causer. Le cas d'un individu souffrant de lésions cérébrales à l'issue d'une bagarre avec un videur de boîte de nuit constitue un exemple de ce comportement (BBC News, 1998). Ces événements illustrent l'importance de la formation des portiers pour

minimiser les dommages et pour prendre en charge de façon efficace les personnes se trouvant dans un état d'ébriété.

La relation entre la violence et l'usage de substances dans l'environnement festif est forte. 19% environ de tous les cas de violence au Royaume-Uni ont lieu à la sortie d'un pub ou d'une boîte de nuit, alors que 40% des accidents violents sont liés à l'alcool et 18% aux substances psychoactives (Ramsay et al., 2001). En outre, environ 5.000 personnes au Royaume-Uni sont attaquées avec des verres à bière, et beaucoup d'entre elles manifestent une peur à vie (Deehan, 1999). En d'autres termes, contrôler le matériel utilisé pour consommer de l'alcool (par exemple, les verres et les bouteilles en verre) peut constituer une mesure importante de réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives. Certaines organisations mènent des campagnes pour réduire ce risque. HIT, par exemple, une organisation active dans le domaine de la réduction des dommages basée à Liverpool, au Royaume-Uni (graphique 2) mène la campagne intitulée « the Crystal Clear Campaign » pour réduire les blessures dues au verre en :

- Sensibilisant le public aux blessures dues aux bouteilles et aux verres.
- Encourageant les clients à laisser les verres et les bouteilles à l'intérieur des boîtes de nuit.

Figure 2. Crystal Clear Campaign



Certains effets des boîtes de nuit sur la santé sont peut-être moins évidents. Par exemple, les niveaux sonores dans les boîtes de nuit peuvent atteindre 120 décibels (Royal National Institute for Deaf People, 1999) alors que sur le lieu de travail, il est recommandé de porter des casques anti-bruit à partir d'une exposition prolongée à des niveaux sonores dépassant les 90 décibels (Health and Safety Executive, 1999). Certains rapports suggèrent qu'une seule nuit dans une boîte de nuit peut occasionner de graves lésions auditives (Walsh, 2000). C'est pourquoi, avec la récente intensification du nombre de personnes fréquentant les boîtes de nuit, un nombre considérablement plus important de jeunes gens seront exposés à des niveaux sonores qui pourront endommager leur audition. D'après le Medical Research Council Institute of Hearing Research, 66% des personnes fréquentant une boîte de nuit ont signalé des problèmes temporaires d'audition à la suite d'une soirée dans une boîte de nuit (Smith and Davis, 1999).

Parfois, les réponses aux problèmes tels que le bruit sont relativement simples. La distribution de boules Quiès par exemple peut aider à protéger l'audition (Thyssen 2001). Dans certaines régions d'Angleterre, des sucettes ont été distribuées par la police aux personnes quittant les boîtes de nuit pour réduire les cris et la pollution sonore dans les quartiers environnants (BBC Devon, 2001).

Ces exemples sont importants dans la mesure où ils permettent d'identifier une approche de lieux sains au sens le plus large dans l'environnement festif. Cette approche comprend l'usage de substances mais traite également de son interaction avec d'autres éléments qui constituent l'univers de la nuit. Souvent, à travers cette approche, des solutions nouvelles et intéressantes en matière de réduction des risques peuvent être développées et grâce à l'apport d'un groupe plus important, elles sont susceptibles d'être acceptées. De plus, de nombreux groupes qui jouent un rôle important dans l'environnement festif (Tableau 2) peuvent ne pas être disposés à parler spécifiquement des questions de substances psychoactives mais seront prêts à engager des discussions sur des questions de santé plus larges.

Tableau 2. Certains partenaires pouvant améliorer les conditions de santé dans l'espace festif – par une approche sur le lieu

Industrie de la vie nocturne	Services de santé
Les propriétaires de boîtes de nuit et de bars Le personnel (portier et bar) Promoteurs d'évènements Les personnes fréquentant les boîtes de nuit	Services d'usage de substance - alcool - tabac - substances psychoactives
Autorités	Services de santé sexuelle
Police Services d'urgence	Services destinés aux jeunes Services de santé accès sur l'environnement
Autorités locales	Autres
Responsables politiques	Voyages et tourisme

Les aspects internationaux des dommages liés à la vie nocturne prennent de plus en plus d'importance avec une augmentation année après année du nombre de voyages à l'étranger en particulier parmi les jeunes gens (Figure 3). Les organisateurs les plus importants d'évènements possèdent des boîtes de nuit à travers plusieurs continents, ce qui signifie que les jeunes gens voyagent plus souvent pour faire l'expérience de la "dance culture". En raison de la nature internationale du phénomène des boîtes de nuit et parce que les jeunes gens se rendent à l'étranger pour participer à la vie nocturne, les agences de voyage et les tour opérateurs sont devenus des acteurs clés dans la réduction des risques pour les personnes fréquentant les boîtes de nuit. Une cause de préoccupation est le lien entre l'éruption de maladies sexuellement transmissibles et le nombre de jeunes gens fréquentant les boîtes de nuit à l'étranger (Cook et. al., 2001). Cependant, il y a beaucoup de raisons pour lesquelles, les sorties en boîte de nuit à l'étranger peuvent présenter des risques supplémentaires pour la santé (Tableau 3). Ces risques sont les suivants :

- ignorance de la géographie, de la langue et du lieu des services de santé,
- ignorance de la qualité des substances achetées auprès de dealers non connus,
- différences dans la taille des mesures de boisson,
- climats plus chauds qui augmentent le risque de déshydratation (et d'infections gastro-intestinales, qui provoquent également une déshydratation) et,
- accès non familier aux préservatifs et méconnaissance des niveaux de maladies sexuellement transmissibles.

Figure 3. Vacances passées à l'étranger par des résidents britanniques (Office for National Statistics, 2001)

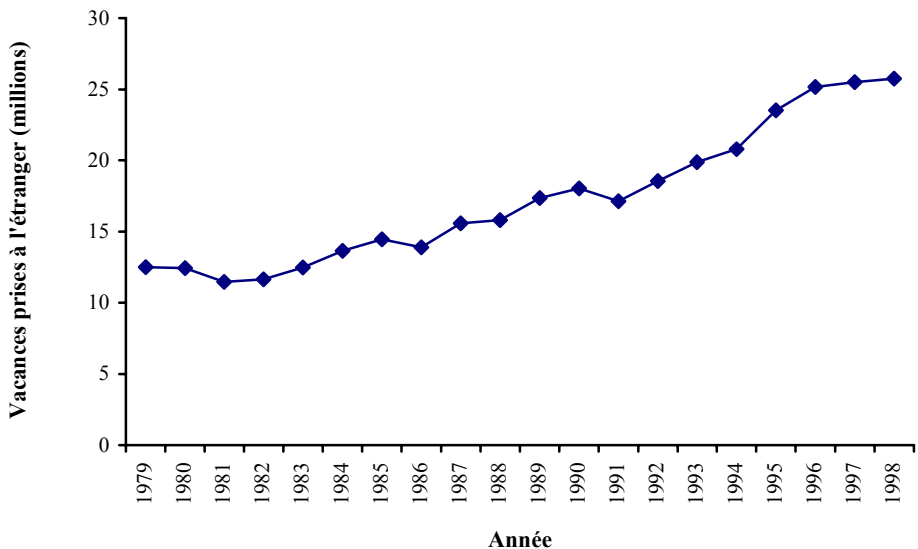


Tableau 3.

<i>L'environnement est inconnu</i>	<i>Deshydratation</i>
<i>Géographie</i>	<i>Climats plus chauds</i>
<i>Langue</i>	<i>Infections gastro-intestinales</i>
<i>Emplacement des services</i>	<i>Augmentation de la neurotoxicité liée à la température</i>
<i>Législation</i>	<i>Santé sexuelle</i>
<i>Heures d'ouverture⁷</i>	<i>Procédure d'accès aux préservatifs inconnue</i>
<i>Limites de consommation d'alcool pour conduire</i>	<i>Niveaux de VIH et d'autres MSTs inconnus</i>
<i>Substances psychoactives</i>	<i>Social</i>
<i>Fournisseurs inconnus</i>	<i>Diminution des contraintes sociales</i>
<i>Contrefaçons</i>	<i>Peu ou pas de pressions liées au travail</i>
<i>Services d'urgences</i>	<i>Boissons alcoolisées</i>
<i>Accès parfois restreint</i>	<i>Doses plus importantes</i>

Certains éléments entraînant un risque accru associé à la vie nocturne à l'étranger

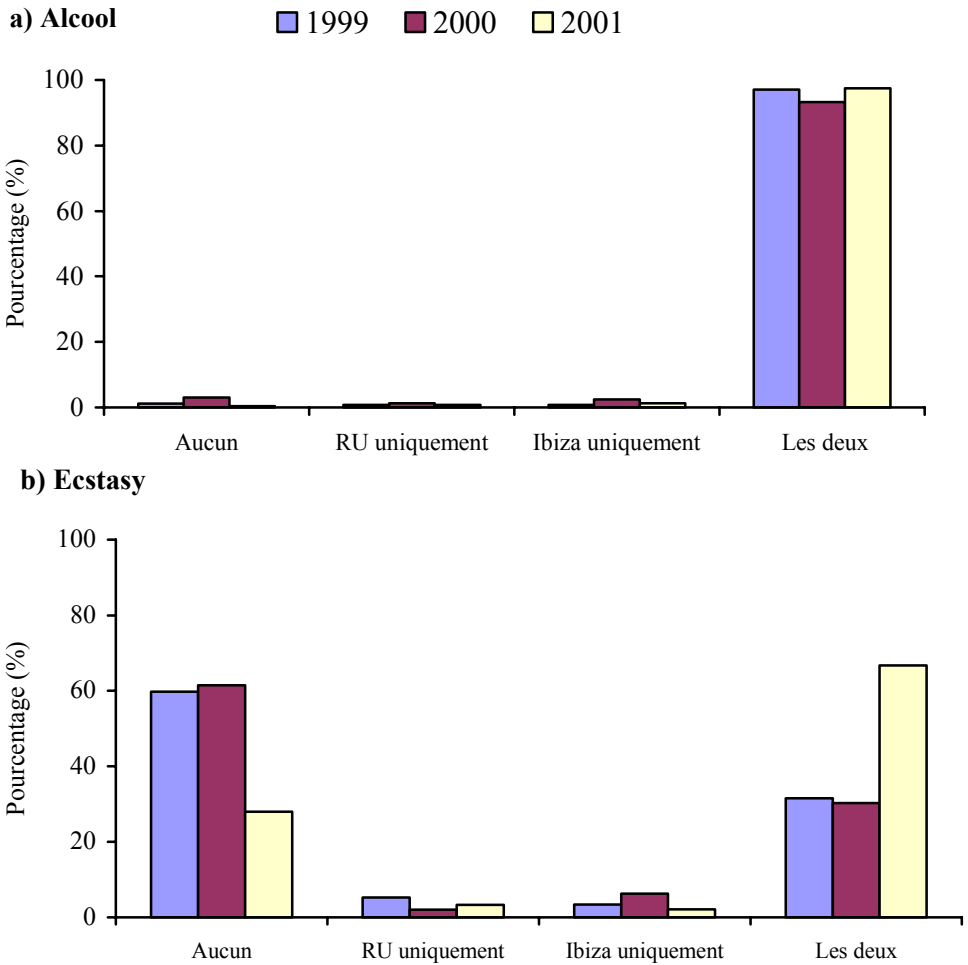
La suite de ce document traite spécifiquement des risques associés à un autre élément des voyages à l'étranger : la réduction des contraintes sociales et leurs effets sur l'usage de substances.

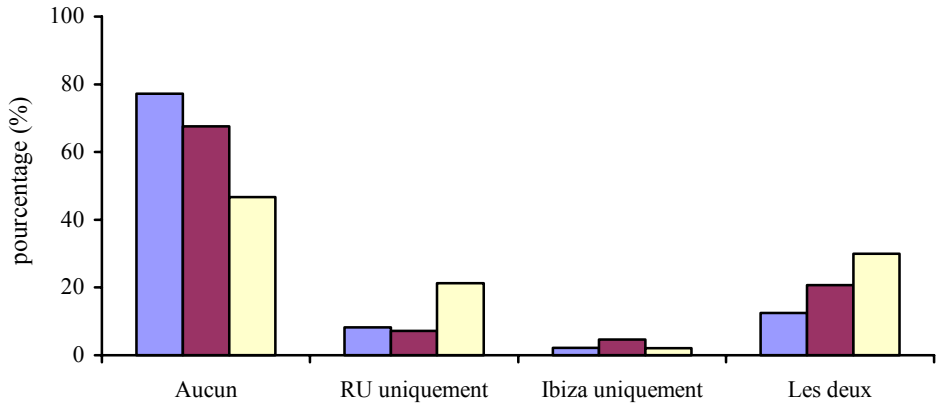
Ibiza est généralement reconnue comme étant l'un des lieux les plus importants au niveau international pour le tourisme lié à la "danse music" et aussi l'un des premiers lieux où est apparu l'association de la "danse music" et de l'usage d'ecstasy en tant que combinaison de détente. Sa population endémique est d'environ 80.000 habitants mais accueille plus d'1,5 millions de personnes (Instituto de Estudios Turisticas, 2000). Un grand nombre de ces jeunes gens fréquentent les grandes boîtes de nuit sur l'île qui peuvent accueillir jusqu'à 10.000 personnes par nuit et rester ouvertes toute la nuit (BBC Radio 1, 2002). Afin d'étudier les changements en matière de comportement à risques des jeunes gens visitant Ibiza, une étude de trois ans a été entreprise au cours des années 1999, 2000 et 2001 (Bellis, M.A. et.al, 2001). Les échantillons étaient respectivement de 1000, 500 et 750 pour chaque année et le taux de réponse de plus de 85% pour chaque année. Les enquêtes ont eu lieu à l'aéroport d'Ibiza entre juillet et septembre (au

moment du retour des personnes au Royaume-Uni) et les questions concernaient l'usage de substances psychoactives et le comportement sexuel au cours du séjour à Ibiza et au cours des six mois précédant la visite à l'île. Nous présentons ici les analyses préliminaires.

La figure 4 montre la proportion d'individus qui consomment de l'alcool, de l'ecstasy et/ou la cocaïne (i) ni au Royaume-Uni ni à Ibiza (aucun), (ii) au Royaume-Uni uniquement, (iii) à Ibiza uniquement ou (iv) à la fois à Ibiza et au Royaume-Uni (les deux). Il ressort que la grande majorité des personnes utilisent l'alcool à la fois à Ibiza et au Royaume-Uni et qu'il y a eu très peu de changement dans les niveaux de sa consommation (environ 95%) au cours des trois ans. De la même façon, pour l'ecstasy, les personnes l'utilisent soit à la fois à Ibiza et au Royaume-Uni ou pas du tout, très peu de personnes ne l'utilisent qu'uniquement à Ibiza ou qu'uniquement au Royaume-Uni. Ceci signifie que l'ecstasy s'obtient facilement à Ibiza et que l'offre n'est pas un facteur limitatif. De plus, il y a eu une large augmentation de la consommation d'ecstasy à Ibiza au cours de l'année 2001. Les raisons à ceci sont données un peu plus loin dans le document. Enfin, pour la cocaïne, il existe toujours un groupe important de personnes qui n'utilisent la cocaïne qu'au Royaume-Uni et pas à Ibiza. Ceci peut signifier que l'offre de cocaïne représente toujours un facteur limitatif dans cette station internationale. Au cours des trois ans, il y a eu une augmentation régulière du nombre d'individus utilisant la cocaïne, de 22,8% personnes ayant utilisé la cocaïne dans l'un ou l'autre lieu (Ibiza ou au Royaume-Uni) en 1999, ce nombre est passé à 53,3% en 2001.

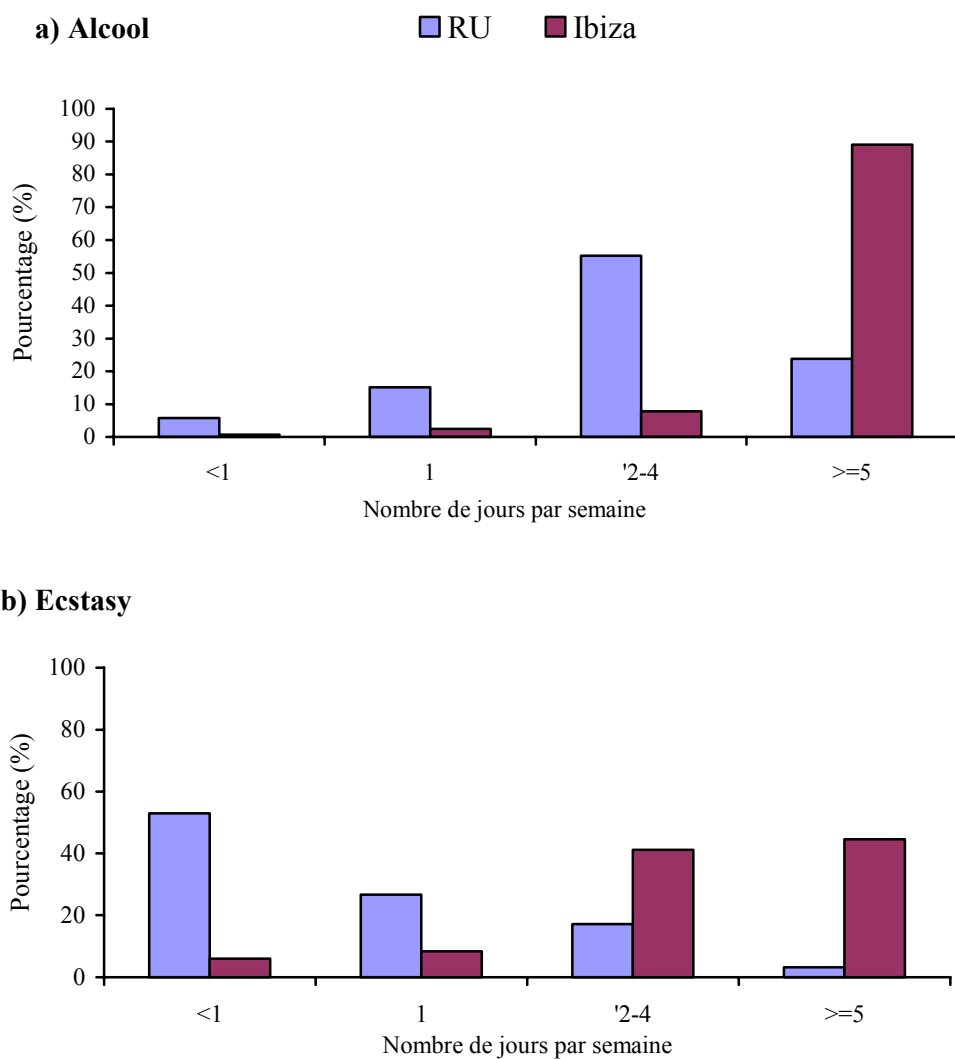
Figure 4. Substances utilisées à Ibiza et au Royaume-Uni



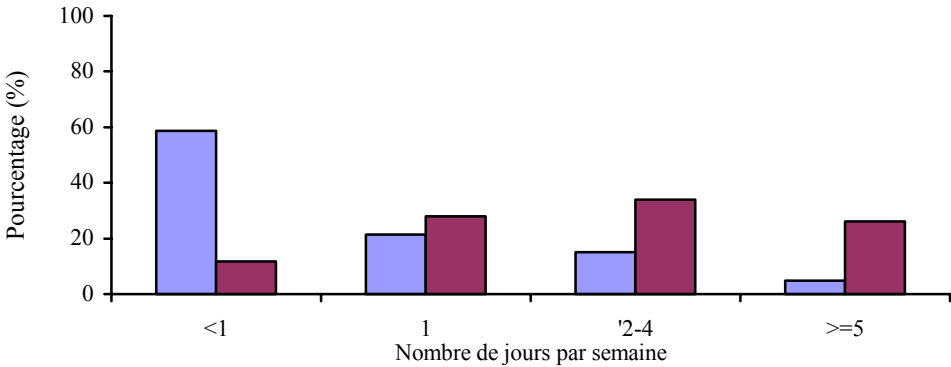


Les changements dans la façon dont les personnes consomment les substances psychoactives sont tout aussi importants que le nombre de personnes les utilisant. En limitant l'analyse uniquement aux personnes qui ont utilisé chaque substance à Ibiza et au Royaume-Uni (les deux), nous avons comparé la fréquence (jours dans la semaine) avec laquelle les individus ont consommé de l'alcool, de l'ecstasy et/ou cocaïne (Figure 5). Pour l'alcool, le pourcentage d'utilisateurs ayant consommé de l'alcool cinq jours ou plus par semaine est de 24 % au Royaume-Uni contre 90 % à Ibiza. Pour l'ecstasy, 3 % seulement des personnes qui ont utilisé l'ecstasy au Royaume-Uni, l'ont fait cinq jours ou plus par semaine. Par contre à Ibiza, presque la moitié environ des mêmes usagers utilisaient cette substance cinq jours ou plus par semaine. Le même type de changement est constaté pour la cocaïne.

Figure 5. Fréquence de l'usage de substances à Ibiza et au RU



c) Cocaïne



Inévitablement, l'usage fréquent de différentes substances signifie qu'un nombre plus important d'individus utilisent plus d'une substance au cours de leur séjour à Ibiza (en excluant l'alcool et le tabac). L'augmentation de l'usage d'ecstasy et de cocaïne constatée en 2001 signifie qu'au cours de la période d'étude de trois ans, les niveaux de polyconsommation (au cours de vacances à Ibiza) ont augmenté. Actuellement, nous savons peu de chose des effets d'une consommation de substances illicites cinq fois ou plus par semaine (même pour une période d'une ou deux semaines par an) sur la santé des individus. Ce type de comportement (combiné à une consommation presque omniprésente d'alcool) soulève également d'autres questions en termes d'effets d'un cocktail de substances pris sur une période de vacances de 7 à 14 jours.

Quelle est la raison de cette forte augmentation de la consommation d'ecstasy en 2001 parmi les personnes se rendant à Ibiza? En 2001, les médias au Royaume-Uni soulignèrent l'approche "musclée" en matière d'usage de substances visant les boîtes de nuit d'Ayia Napa, Chypre (Gillan, 2001). Ayia Napa est une autre station touristique populaire pour la « dance music » pour la population du Royaume-Uni. En analysant nos données, nous avons identifié que la proportion des personnes se rendant à Ibiza en 2001 et qui s'étaient rendu auparavant à Ayia Napa avait doublé, indiquant que certaines personnes étaient passés de Ayia Napa à Ibiza comme destination de prédilection pour leurs vacances 2001. Ce phénomène n'a pas été constaté pour les personnes s'étant rendu auparavant dans d'autres stations touristiques populaires. Nous avons analysé les caractéristiques en matière de consommation de substances psychoactives de ce groupe et avons trouvé qu'il s'agissait surtout d'usagers d'ecstasy ($p < 0,05$; pas de données). En d'autres termes, un changement de la politique en

matière de substances psychoactives à Ayia Napa peut avoir eu pour conséquence qu'un nombre important d'usagers d'ecstasy changent leur destination de vacances d'Ayia Napa à Ibiza. L'implication est que des changements unilatéraux de politique en matière de substances psychoactives peuvent déplacer des personnes vers d'autres lieux connus au niveau international pour leur vie nocturne et dont l'environnement est plus propice à la consommation de substances psychoactives dans les boîtes de nuits.

Une approche internationale à la réduction des risques dans l'univers de la nuit implique de mettre en place un accès international à l'information en matière de santé dans différents pays. Les sites web constituent l'un des outils utilisés à cette fin, et certains exemples excellents de sites existent déjà et fournissent des informations sur la sécurité et la vie nocturne (www.dansesafe.org; www.ravesafe.org). De plus, il est important que le matériel d'information à la santé au niveau international vise les types de comportement et de substances adoptés à l'étranger. En travaillant avec HIT, les résultats de nos travaux de recherches ont été utilisés pour créer de nouvelles brochures qui s'adressent aux jeunes gens allant en vacances. Ces brochures les informent du type de substances et des dangers associés avec la vie nocturne (dans ce cas) spécifiquement à Ibiza.

En résumé, l'environnement est une question centrale si l'on veut améliorer la minimisation des dommages et la réduction des risques associés à l'usage de substances. Utiliser la boîte de nuit comme cadre permet à davantage de groupes de participer aux procédures de minimisation des dommages et par conséquent de développer des solutions plus acceptables. La santé dans les boîtes de nuit doit être considérée comme une question internationale dans la mesure où les jeunes gens voyagent davantage à l'étranger et pour de plus longues périodes. Par conséquent, du matériel et des initiatives au niveau international doivent être développés pour aborder la question de la promotion de la santé et de la protection de la santé. Un des éléments nécessite d'élaborer des standards internationaux de base en matière de santé pour les boîtes de nuit (voir www.clubhealth.org.uk). Nous disposons encore que de peu d'informations sur les types de comportement en matière d'usage de substances adoptés par les personnes lors de leurs vacances à l'étranger; la plupart des études étant axées sur le comportement moyen de la population de son propre pays. Toutefois, la recherche actuelle et celle à venir devraient donner des informations nécessaires au développement de matériels d'information à la santé tels que les sites web et les brochures.

Les effets positifs ou négatifs des boîtes de nuit dépendent de la façon dont la vie nocturne est gérée non seulement par les services de santé mais par les propriétaires de boîtes de nuit, les portiers et ceux qui fréquentent les boîtes de nuit eux-mêmes. Bien gérées, les sorties en boîte de nuit peuvent aider à régénérer les économies liées à la vie nocturne, fournir un soulagement au stress, un lieu de socialisation et même une forme agréable d'exercice. Mal gérées, les sorties en boîte de nuit peuvent aboutir à une violence liée à l'alcool, des lésions auditives et dans certains cas aboutir à la mort suite à une consommation de substances psychoactives et d'autres causes.

Bibliographie

Alcohol Concern (1998). Damage to Health: Long term effects of alcohol. Fact sheet 38. Alcohol Concern London.

BBC Devon News (2001). Lollipops gag late-night revellers. BBC News (online).

BBC News (1998). Door closing on violent bouncers. Tuesday March 31st. BBC

BBC Radio 1 (2002). Ibiza Clubs.
<http://www.bbc.co.uk/radio1/ibiza/clubs.shtml>. Accessed 11th March 2002

Bellis, M.A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M. & Kilfoyle, M. (2000). Ibiza Uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort. International Journal of Drug Policy, 11, 235-244

Bellis MA, Hughes K, Bennett A and Chaudri M (2001). Three years of research on risk behaviour in Ibiza. In prep.

Bowcott O (2001). Ecstasy deaths may have been called by heat, not a bad batch. The Guardian: Saturday 30th June 2001.

Burke J (2001). Ecstasy's death toll 'set to go on rising'. The Guardian: Sunday July 1st, 2001.

Calafat, A., Cesareo F., Montserrat J., Bellis M.A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalste, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P., & Zavatti, P. (2001). Risk and Control in the Recreational Drug Culture: SONAR Project. IREFREA: Spain

Cook, P.A., Rimmer, P., Towle, A., Syed, Q. & Bellis, M.A. (2001). HIV & AIDS in the North West of England 2000. North West HIV/AIDS Monitoring Unit: Liverpool

Deehan, A. (1999). Alcohol and Crime: taking stock. Policing and Reducing Crime Unit, Crime Reduction Research Series Paper 3, Home Office: London.

Department of Health (1998). Smoking Kills: A white paper on tobacco. The Stationery Office: London. ISBN 0101417721.

Gillan A (2001). Clubbers face police crackdown as Cyprus takes on drugs paradise. The Guardian.

Health and Safety Executive (1999). Introducing the Noise at Work Guidelines: a brief guide to the guidelines controlling noise at work. INDG75 (rev). HSE Books: Suffolk

Instituto de Estudios Turisticos (2001). Movimientos Turisticos en Fronteras (Frontur). Instituto de Estudios Turisticos: Spain

Manchester News Online (2001). Printworks partygoer dies in 40ft fall. Manchester News Online.

Measham, F., Aldridge, J., & Parker, H. (2001). Dancing on Drugs: Risk, health, & hedonism in the British club scene. Free Association Books: London.

Mendick, R. (2001). Clubber pushed to his death, says family. The Independent.

Office for National Statistics (2000). Travel Trends: A Report on the 1999 International Passenger Survey. The Stationery Office: London

Ramsay, M., Baker, P., Goulden, C., Sharp, C., & Sondhi, A. (2001). Drug misuse declared in 2000: results from the British Crime Survey. Home Office Research Study 224, Home Office: London.

Royal National Institute for Deaf People (1999). Safer Sound: An analysis of musical noise and hearing damage. RNID: London.

Smith P and Davis A (1999). Social noise and hearing loss. The Lancet, 353, 1185.

Thyssen, S. (2001). Say What? Tips on Hearing Protection. DanceSafe e-News Issue No. 2, January 18-24

Walsh, E. (2000). Dangerous Decibels: Dancing Until Deaf. The Bay Area Reporter/Hearing Education and Awareness for Rockers (H.E.A.R.): USA

Webster, R., Goodman M. & Whalley, G. (2002). Safer Clubbing: Guidance for licensing authorities, club managers and promoters. Drugs Prevention Advisory Service: London.

Conclusions

Milan Krek (Slovénie)

Qu'est-ce que le risque?

Des personnes différentes peuvent se représenter le risque de différentes façons: «mon fils se drogue» (image du risque pour la mère), «la police va me mettre en prison» (image du risque pour l'utilisateur), «vais-je trouver de la drogue dans ses poches?» (le risque pour le policier), «troublent-ils l'ordre public?» (le risque vu par le politicien), «j'espère qu'il ne fera pas une overdose» (le risque vu par les médecins), «j'ai peur que ta mère découvre l'héroïne que tu as cachée» (autre idée du risque pour les usagers). Tout est relatif, même la perception du risque.

Qu'est-ce que l'approche de réduction des risques?

Fait-elle partie de la lutte contre la toxicomanie ou est-ce une politique générale? Quel est le lien entre la réduction des risques, la réduction de la demande de drogues (RDD) et la réduction de l'offre de drogues? Et enfin, est-ce une approche politique de la toxicomanie?

La réduction des risques n'est qu'une approche. Pour le moment, elle constitue un aspect de la politique antidrogue dans le cadre de la stratégie de RDD, surtout en tant que prévention tertiaire (HIV, hépatite C, B, etc.). Mais à l'avenir, ce pourrait être une politique de lutte contre la toxicomanie et d'autres activités de RDD s'inscriront dans une politique de réduction des risques.

Les activités de réduction de l'offre de drogue créent des risques pour les usagers (prison, arrestation, stigmatisation, chômage, ...). Il faudrait modifier la stratégie de réduction de l'offre si l'on veut que la réduction des risques devienne l'approche essentielle.

La réduction des risques doit être orientée vers les groupes cibles; nous devons toujours analyser les risques pour les consommateurs ou pour le groupe cible d'un programme.

– Le risque est une catégorie dynamique

– La réduction des risques n'est pas un programme mais seulement une approche.

Le glossaire de l'UNDCP définit la réduction des risques comme les politiques ou les programmes qui mettent l'accent sur la réduction des risques de dommages causés par l'alcool, le tabac ou d'autres drogues. Mais la réduction des risques n'est pas seulement la réduction des dommages: le système EDDRA de l'OEDT décrit les programmes de «réduction des dommages» comme des activités visant à stopper les pratiques de consommation dangereuses ou à réduire les problèmes sociaux et sanitaires ou les décès liés à la toxicomanie. Elle n'envisage pas une situation sans drogue ni la réinsertion des usagers.

Nous savons que la réduction des risques constitue pour le groupe Pompidou une approche fondamentale, qui a été acceptée lors de la Conférence ministérielle de Sintra (Portugal) en octobre 2000. Les ONG jouent également un rôle important dans le domaine de la réduction des risques et nous devons soutenir les initiatives ainsi que les groupes d'entraide.

La réduction des risques est utile non seulement en ce qui concerne les drogues illicites mais aussi pour le tabac et l'alcool, mais certaines activités de réduction des risques peuvent être contre-productives (les cigarettes légères). Nous pourrions apprendre beaucoup de choses sur la réduction des risques grâce aux activités de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

Il faut améliorer **les recherches** dans ce domaine et établir un lien entre la RDD et la stratégie de réduction des dommages.

Un programme de réduction des risques comprend quatre volets importants:

- l'information;
- l'éducation;
- la recherche;
- l'évaluation.

Quand on examine les publications scientifiques sur ce thème, on peut remarquer que la terminologie n'est pas uniforme: des personnes différentes qui parlent de réduction des risques entendent des notions différentes. On ne sait pas très bien en quoi la réduction des risques est différente de la réduction de l'offre, de la RDD et de la réduction des dommages. Nous avons besoin de nouvelles recherches sur l'influence de la réduction des risques sur les stratégies et les activités de RDD et de réduction de l'offre de drogue.

Le rapport préliminaire montre que l'on ne sait pas grand chose de l'influence des activités de réduction des risques et la légitimité de la stratégie de réduction des risques n'est pas évidente et varie selon les époques.

D'une manière générale, les références bibliographiques sur ce sujet sont maigres: il y a des articles sur l'alcoolisme et un peu moins sur le tabagisme. De nombreuses analyses effectuées à la demande de responsables politiques ne figurent pas dans les revues scientifiques. Une possibilité d'action consisterait à former au sein du groupe Pompidou un groupe de recherche multidisciplinaire qui soutiendrait les travaux de recherche dans ce domaine, publierait un journal de recherche et présenterait un site web. Bien sûr, il faudrait des fonds spéciaux pour la recherche dans le domaine de la réduction des risques.

Il serait également utile de tirer parti de l'expérience des activités de réduction des risques dans le domaine des drogues licites pour préparer les activités concernant les drogues illicites.

Un thème important est celui de «**la conduite sous l'emprise de la drogue**». Des études font apparaître que 75 % des conducteurs de véhicules consomment de l'alcool et 5 % de l'héroïne. Les substances psychotropes influent de manière négative sur la capacité à conduire. Plusieurs recherches supportent cette conclusion: sous l'influence des drogues, le temps de réaction est multiplié par au moins trois, la perception de la réalité est modifiée, si bien que l'usage de drogue constitue un risque élevé pour les conducteurs et tous ceux qui se trouvent sur leur chemin.

Le nouveau groupe des **drogues synthétiques** est à l'origine de nouveaux risques. Celles-ci sont souvent associées aux nouvelles formes de soirées (les raves). Souvent la consommation de drogues synthétiques est associée à celle d'alcool, d'héroïne, de cocaïne, ... Nous avons besoin d'une nouvelle approche du problème, les anciennes méthodes ne sont plus efficaces: nouvelles activités, nouvelles méthodes.

Lorsque nous pensons à la réduction des risques concernant les drogues synthétiques, il faut prendre en compte:

- la culture;
- la spécificité des différentes drogues;
- la spécificité des groupes cibles;
- la crédibilité des messages;

- l'évaluation de nos travaux en permanence;
- le fait que le risque est «*un besoin*» pour les jeunes.

Quelques interventions visant à réduire les risques liés aux drogues synthétiques:

- les activités d'ouverture/de dépistage;
- l'intervention des pairs: pour apprendre aux usagers quelles sont les conséquences de l'usage des drogues et peut-être comment consommer des drogues synthétiques en prenant moins de risques;
- les conseils aux usagers;
- l'accent mis sur l'amélioration des connaissances et la réduction des risques;
- la communication par le biais de la presse, d'Internet, de dépliants;
- l'examen des pilules sur le marché;
- un environnement sûr pour les raves et les autres soirées (directives à l'intention des clubs, concernant l'approvisionnement en eau, le bruit, la température, l'accès aux transports publics,...).

Un exposé au cours du séminaire nous a montré que **l'ordinateur était un matériel utile pour l'éducation et la réduction des risques**. Nous nous adressons à des groupes cibles, nous pouvons leur apporter des informations utiles et ils peuvent voir ce qui est bon, ce qui ne l'est pas et toutes les conséquences de leurs choix. Grâce à l'information, ils peuvent modifier leurs comportements. C'est une méthode simple et efficace.

Une **approche multisectorielle** favorisant la coopération et le partage des responsabilités entre les différents professionnels concernés doit se donner comme objectif de modifier les attitudes et les comportements des usagers de drogue et de la collectivité. Il faut pour cela une stratégie commune européenne: la réduction des risques doit s'inscrire dans une stratégie nationale, municipale et locale mais aussi dans la stratégie européenne de lutte contre la toxicomanie.

Ce séminaire de deux journées nous a donné l'occasion d'échanger nos expériences sur les programmes de réduction des risques, basés essentiellement sur les politiques de limitation des risques de consommation de drogues «licites», comme l'alcool et le tabac. Malheureusement, il n'y a pas encore beaucoup de recherches ni de publications scientifiques dans ce domaine et il convient d'encourager ce type de travail. Les nouvelles drogues et les nouveaux modes de

consommation des drogues exigent une nouvelle approche et de nouvelles méthodes pour réduire les risques qui y sont associés.

En guise de conclusion générale, permettez-moi de dire que **les activités de réduction des risques constitueront à l'avenir une des principales stratégies d'intervention.**

ANNEXE I - PROGRAMME

Jeudi 21 février 2002

9h00 – 9h30 Enregistrement des participants

Ouverture du séminaire

9h30 – 9h35 *Christopher LUCKETT*
 Chef de Division, Secrétariat du Groupe
Pompidou
 Accueil, introduction, détails pratiques,
 historique/contexte de l'activité

9h35 – 9h40 *Patrick SANSOY*
 Chargé de Mission à la Mission Interministérielle
 de la lutte contre la Drogue et la Toxicomanie,
 MILDT (France)
 Accueil, introduction, historique/contexte de
 l'activité

Présidence de la demi-journée : Patrick SANSOY (France)

9h40 – 10h00 **Session 1 :**
 Historique de l'émergence de la notion de
 réduction des risques en Europe et mise en
 lumière des difficultés rencontrées lors de la mise
 en œuvre de ces programmes – Définition du
 concept
 Peter COHEN (Pays-Bas)

10h00 – 10h20 **Session 2 :**
 Description de programmes s'inscrivant dans le
 cadre d'une politique de réduction des risques
 Benjamin PERASOVIC (Croatie)

10h20 – 11h00 Questions et discussion (concernant les sessions
 1 et 2)

11h00 – 11h30 Pause café

11h30 – 11h50	<p>Session 3 : Exemples de politiques de réduction des risques en Europe (toutes substances confondues) - Recherche récente dans ce domaine et analyse des résultats des programmes ciblant les consommateurs de substance autre que par injection <i>Wouter de JONG (Pays-Bas, Consultant)</i></p>
11h50 – 12h15	Questions et discussion
12h15 – 14h00	Pause déjeuner
Présidence de la demi-journée : Mari JÄRVELAID (Estonie)	
14h00 – 14h30	<p>Session 4 : Problèmes spécifiques liés à la consommation d'alcool ou de drogues lors de la conduite de véhicules <i>Michèle MUHLMANN-WEILL (France)</i></p>
14h30 – 14h50	Questions et discussion
14h50 – 15h10	<p>Session 5 : Etat des lieux et développement de stratégies de réduction des risques à l'attention de consommateurs de produits de synthèse <i>Andrew BENNETT (Grande-Bretagne)</i></p>
15h10 – 15h30	<p>Session 6 : Approches qualitatives: exemples d'expériences spécifiques qui relèvent de la réduction des risques pour des substances autre que par injection (le cas de l'alcool) <i>Andree van EMST (Pays-Bas)</i></p>
15h30 – 16h00	Questions et discussion (concernant la session 6)
16h00 – 16h30	Pause café
16h30 – 17h10	Questions et discussion
17.15	<i>Réception (Restaurant Bleu)</i>

Vendredi 22 février 2002

**Présidence de la demi-journée : Bernard VANDENBOSCH
(Belgique)**

9h30 – 9h50

Session 7 :

Education par les pairs et les intervenants
Ragnhild BRUUN (Norvège)

9h50 – 10h10 Questions et discussion

10h10 – 10h30

Session 8 :

Politiques globales et approches intégrées –
L'exemple de la ville de Rotterdam
Wouter de JONG
Hugo VERPOORTEN (Pays-Bas)

10h30 – 10h50

Questions et discussion

10h50 – 11h20

Pause café

11h20 – 11h40

Session 9 :

La réduction des risques dans l'univers de la nuit:
considérations nationales et internationales
Mark BELLIS (Grande-Bretagne)

11h40 – 12h00

Questions et discussion

12h00 – 14h00

Pause déjeuner

**Présidence de la demi-journée : Milan KREK, Rapporteur Général
Session spéciale: Synthèse et conclusions**

14h00 – 14h20

Synthèse du séminaire
Milan KREK

14h20 – 14h40

Questions et discussion

14h40 – 15h00

Discussion et conclusions du séminaire
Sous la conduite du Rapporteur Général

Clôture du séminaire

15h00 - 15h05

Patrick SANSOY

15h05 - 15h10

Christopher LUCKETT

ANNEXE II - LISTE DES PARTICIPANTS

Austria / Autriche

Mr Josef BAUMGARTNER
Federal Ministry of Social Security and
Generations
Department VIII/B/1
Radetzkystrasse 2
A – 1031 Vienna

Tel: +43 1 711 00 4707
Fax: +43 1 718 94 70 1415
Fax: +43 1 711 00 4222
E: josef.baumgartner@bmsg.gv.at

Dr Johanna SCHOPPER
Federal Ministry of Social Security and
Generations
Department VIII/B/12
Radetzkystrasse 2
A – 1031 Vienna

Tel: +43 1 711 00 4149
Fax: +43 1 711 00 4385
E: johanna.schopper@bmsg.gv.at

Dr Alfred SPRINGER
University Professor
Ludwig Boltzmann
Institut für Suchtforschung
Mackgasse 7-11
A – 1237 Vienna

Tel: +43 1 88010 112
Fax: +43 1 88010 77
E: alfred.springer@api.or.at

Azerbaijan / Azerbaïdjan

Ms Rena Valeriyy DADASHOVA
Head of Department
Republic Narcological Center
Executive Secretary of “Shafa”
Association for help for people with
drug abuse, HIV/AIDS and STD
problems
Zich Schosse 13
Baku 370018

Tel: +99 412 729188 / 221591
Tel: +99 450 3165517 (direct)
Fax: +99 412 474252
E: dmehti@hotmail.com

Belgium / Belgique

M. Bernard VANDENBOSCH
Inspecteur – Chef de Service
Inspection Générale de la
Pharmacie
Ministère de la Santé Publique et
de l'Environnement
Cité Administrative
Quartier Vesale
B – 1010 Bruxelles

Tel: +32 2 210 49 28
Fax: +32 2 210 63 70
E: bernard.vandenbosch@health.fgov.be

Bulgaria / Bulgarie

Mr Svilen IVANOV
Journalist
N° 20, Ivan Vasov Str.
1000 Sofia

Tel: +359 2 9376172
Fax: +359 2 9809439
mobile: +359 88 837762
E: svileni@capital.bg

Croatia / Croatie

Mr Benjamin PERASOVIC
Senior Assistant
Institut Društvenih Znanosti «Ivo
Pilar»
Marulićev Trg 19/I
10 000 Zagreb

Tel: +385 482 83 04
Tel: +385 91 524 4321
Fax: +385 1 482 82 96
E: benjamin.perasovic@pilar.hr

Estonia / Estonie

Ms Ellu EIK
Head
Alcohol and Drug Prevention State
Programme
Rüütli 24
10130 Tallinn

Tel: +372 6279 286
Fax: +372 6279 281
E: ellu@tervis.ee

Mr Eerik HELDNA
Detective Superintendent
Tallinn Police Prefecture
Criminal Dept.
Drug Unit
Lubja 4
15028 Tallinn

Tel: +372 612 4365
Tel: +372 505 3862
Fax: +372 612 4486
E: eerik.heldna@tpp.pol.ee

Dr Mari JÄRVELAID
Chief Specialist
Ministry of Social Affairs
Gonsiaori 29
15027 Tallinn

Tel: +372 6269 734
Fax: +372 6269 965
E: Mari.Jarvelaid@sm.ee

Finland / Finlande

Dr Rauno MÄKELÄ
Medical Director
A-clinic Foundation
Fredrikinkatu 20 B 18
FIN - 00120 Helsinki

Tel: +358 9 6220 2941
Fax: +358 9 175 276
E: rauno.makela@a-klinikka.fi

Mr Markku SIOKKELI
Development Manager
Stakes
P.O. Box 220
FIN - 00531 Helsinki

Tel: +358 9 3967 2487
Tel: + 358 40 581 6599
Fax: +358 9 3967 2496
E: markku.soikkeli@stakes.fi

France

Mme Isabelle BILGER
Chargée de mission
Mission Interministérielle de lutte
contre la Drogue et la Toxicomanie
(MILDT)
7 rue Saint Georges
F – 75009 Paris

Tel: +33 (0)1 44 63 20 53
Fax: +33 (0)1 44 63 21 01
E : isabelle.bilger@mildt.premier-
ministre.gouv.fr

Mme Hélène MORFINI
Chargée de mission
Ministère de l'emploi et de la
solidarité
Direction Générale de la Santé
8 Avenue de Ségur
F - 75007 Paris

Tel: +33 (0)1 40 56 46 63
Fax: +33 (0)1 40 56 40 44
E: helene.morfini@sante.gouv.fr

Dr Michèle MUHLMANN-WEILL
Chargée de mission Sécurité
Routière
18 rue du Général de Castelnau
F - 67000 Strasbourg

Tel: +33 (0)3 88 36 77 98 (rép)
Tel: +33 (0)3 88 25 50 52
Portable: +33 (0)6 72 14 33 30
E: muhlmannweill@yahoo.fr

M. Patrick SANSOY
Chargé de mission
Mission Interministérielle de lutte
contre la Drogue et la Toxicomanie
(MILDT)
7 rue Saint Georges
F – 75009 Paris

Tel: +33 (0)1 44 63 20 90
Fax: +33 (0)1 44 63 21 01
E: patrick.sansoy@mildt.premier-
ministre.gouv.fr

Germany / Allemagne

Dr Peter TOSSMANN
Psychologist
Delphi Gesellschaft
Rathenower Str. 38
10559 Berlin

Tel: +49 (0)30 39 40 97 80
Fax: +49 (0)30 39 40 97 89
E : Tossmann@delphi-gesellschaft.de

Greece / Grèce

Ms Maria PAPADAKI
Social Anthropologist
Greek Organisation Against Drugs
(OKANA)
Prevention – Education
Department
21 Averof St
10433 - Athens

Tel: +30 (10) 88 98 200
Fax: +30 (10) 825 3760
E: okana@otenet.gr

Ms Zacharoula PARALAIMOU
Sociologist
Greek Organisation Against Drugs
(OKANA)
Prevention – Education
Department
21 Averof St
10433 - Athens

Tel: +30 (10) 88 98 200
Fax: +30 (10) 825 3760
E: okana@otenet.gr

Hungary / Hongrie

Mr Zsolt DEMETROVICS
National Institute of Prevention
(Ministry of Youth and Sports)
Amerikai ut 96
H – 1145 Budapest

Tel: +36 (1) 388 22 37
Tel: +36 (30) 976 10 97
Fax: +36 (1) 273 26 33
E: demetrovics@axelero.hu

Mr József LIPTÁK
University Professor
Deputy Head of Division
Ministry of Health
Arany Janos u. 6-8
H - 1051 Budapest

Tel: +36 (1) 331 35 68
Fax: +36 (1) 269 40 07
E: liptak.jozsef@eum.hu

Ireland / Irlande

Dr Derval HOWLEY
Research Officer
Directorate of Planning &
Commissioning
Eastern Regional Health Authority
Stewarts Hospital
Palmerstown
Dublin 20

Tel: +353 (0)1 6201671
Fax: +353 (0)1 6201720
E: derval.howley@erha.ie

Netherlands / Pays-Bas

Dr Peter COHEN
Universiteit van Amsterdam
Faculteit Maatschappij en
Gedragwetenschappen
SCO/Kohnstamm Instituut
Centre for Drug Research
(CEDRO)
Wibautstraat 4, room D5.26
1091 GM Amsterdam

Tel: +31 20 525 4278
Tel: +31 6 2278 9441
Fax: +31 20 525 4317
E: pcohen@barlaeus.ic.uva.nl
Web: <http://www.cedro-uva.org>

Mr Wouter de JONG
Burgemeester Meineszplein 26a
NL – 3022 XC Rotterdam

Tel: +31 10 4767775
Mobile phone: +31 6 29340767
E: wouter.dejong@wanadoo.nl
or: dejongw@ggd.rotterdam.nl

Mrs Andrée J. van EMST
AVP/NIGZ
Postbus 500
NL-3440 AM Woerden

Tel: 0348-439872
E: avanemst@nigz.nl

Norway / Norvège

Mr Torbjørn K. BREKKE
Senior Adviser
Sosial-og helsedepartementet
Ministry of Health and Social
Affairs
Postboks 8019 Dep
0030 Oslo

Tel: + 47 22 24 80 73
Fax: +47 22 24 27 68
E: torbjorn.brekke@shd.dep.no
or: tkb@shd.dep.no

Ms Ragnhild BRUUN
Student
Uteseksjonen/Future
Postboks 9344 Grønland
0135 Oslo

Tel: +47 95 15 61 26
Fax+ 47 23 24 37 37
E: ragnhildbruun@hotmail.com

Mr Pål WINNÆSS
Adviser
Rusmiddeldirektoratet (Norwegian
Directorate for the Prevention of
Alcohol and Drug Problems)
P.B. 8152 Dep
N – 0033 Oslo

Tel: +47 22 24 65 00
Tel: +47 22 24 65 25
E: pal.winnaes@rusdir.dep.no

Poland / Pologne

Ms Bogusława BUKOWSKA
Deputy Director
National Bureau for Drug
Prevention
Dereniowa 52/54
Warsaw

Tel: +48 22 641 15 01
Fax: +48 22 641 15 65
E: bdsnark@medianet.com.pl
or: bdsnark@medianet.pl

Mr Janusz SIEROSLAWSKI
Coordinator
National Drug Information Focal
Point
National Bureau for Drug
Prevention
Dereniowa 52/54
Warsaw

Tel: +48 22 641 15 01
Fax: +48 22 641 15 65
E: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal

Dra Helena RAPOSO
CAT de Almada
Serviço de Prevenção Tratamento
da Toxicodependencia
Av. Columbano Bordalo Pinheiro,
87
1070-062 Lisbon

Russian Federation / Fédération de Russie

Mr Konstantin GALOUZINE
Head
Department of Medical Prevention of
Drug Addiction and Programmes of
Healthy Way of Life
Federal Research Narcological
Rehabilitation Center
Ministry of Health of Russian Federation
3 Tsurupa ul.
RF – 117313 Moscow

Tel: +7 095 231 03 01
Fax: +7 095 128 59 03

Mr Vladimir MIKHAILOV
Director
Federal Research Narcological
Rehabilitation Center
Ministry of Health of Russian Federation
3 Tsurupa ul.
RF – 117313 Moscow

Tel: +7 095 129 51 33
Fax: +7 095 129 53 22

Mr Ivan PAPAZOV
Head
Department of New Medical
Technologies on Diagnostics and
Prevention of Drug Addiction
Federal Research Narcological
Rehabilitation Center
Ministry of Health of Russian Federation
3 Tsurupa ul.
RF – 117313 Moscow

Tel: +7 095 129 51 11
Fax: +7 095 129 59 03

Slovak Republic / République slovaque

MUDr René POSPÍŠIL
Psychiatrist
University Hospital
Department of Psychiatry
Mickiewiczova 13
80000 Bratislava

Tel: +421 2 57290465
Mobile: +421 0905 946 900
E: renepo@zoznam.sk

Slovenia / Slovénie

Mr Milan KREK
Director
Government Office for Drugs
Trubarjeva 5
SLO - 1000 Ljubljana

Tel: +386 1 2441 208 (212)
Fax: +386 1 2441 272
E: milan.krek@gov.si

Dr Dusan NOLIMAL
Institute of Public Health
Trubarjeva 2
SLO - 1000 Ljubljana

Tel: +386 1 2441 478
Fax: +386 1 2441 471
E: dusan.nolimal@ivz-rs.si

Turkey / Turquie

Professor Sevil ATASOY
Director
Institute of Forensic Sciences
Istanbul University
Istanbul 34303

Tel: +90 532 255 5520
Fax: +90 212 588 8409
E: atasoy@istanbul.edu.tr
E: atasoy@turk.net

United Kingdom / Royaume-Uni

Professor Mark A. BELLIS
Liverpool John Moores University
10 Great Crosshall Street
Liverpool L3 2AB

Tel: +44 (0)151 231 4301
Fax: +44 (0)151 231 4320
E: m.a.bellis@livjm.ac.uk

Mr Andrew M. BENNETT
Director
HIT
Hanover House
Hanover Street
Liverpool L1 3DZ

Tel: +44 (0) 870 990 9702
Fax: +44 (0) 870 990 9703
E: andrew@hit.org.uk

Mr Michael JONES
Substance Misuse Intervention
Branch
National Assembly for Wales
Cathays Park
Cardiff CF10 1ER

Tel: +44 (0)2920 826 255
E: Mike.Jones5@Wales.GSI.Gov.UK

European Commission / Commission européenne

Mr Matthias HALLDORSSON, MD
DSc
END, DG Health and Consumer
Directorate General Health and
Consumer Protection
Euroforum Building
10 rue Stumper
L – 2557 Luxembourg

Tel: +352 4301 32697
Fax: +352 4301 34975
E: Matthias.Halldorsson@cec.eu.int

Secretariat / Secrétariat

Mr Christopher LUCKETT
Executive Secretary
Pompidou Group
Council of Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel: +33 388 41 21 93
Fax: +33 388 41 27 85
E: christopher.luckett@coe.int

Dr Angel RUIZ DE VALBUENA
Administrateur
Groupe Pompidou
Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel: +33 388 41 21 58
Fax: +33 388 41 27 85
E: angel.ruizdevalbuena@coe.int

Mme Nathalie BARGELLINI
Assistante administrative
Groupe Pompidou
Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel: +33 388 41 22 82
Fax: +33 388 41 27 85
E: nathalie.bargellini@coe.int

Ms Susan BRADBURY
Assistant
Pompidou Group
Council of Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel: +33 388 41 31 32
Fax: +33 388 41 27 85
E: susan.bradbury-kin@coe.int

Mme Florence MANSONS
Assistante
Groupe Pompidou
Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel: +33 388 41 38 42
Fax: +33 388 41 27 85
E: florence.mansons@coe.int

Interpreters / Interprètes

Mme Christine FARCOT
Mme Monique PALMIER
Mme Josette YOESLE-BLANC

Sales agents for publications of the Council of Europe Agents de vente des publications du Conseil de l'Europe

AUSTRALIA/AUSTRALIE

Hunter Publications, 58A, Gipps Street
AUS-3066 COLLINGWOOD, Victoria
Tel.: (61) 3 9417 5361
Fax: (61) 3 9419 7154
E-mail: Sales@hunter-pubs.com.au
<http://www.hunter-pubs.com.au>

BELGIUM/BELGIQUE

La Librairie européenne SA
50, avenue A. Jonnart
B-1200 BRUXELLES 20
Tel.: (32) 2 734 0281
Fax: (32) 2 735 0860
E-mail: info@libeurop.be
<http://www.libeurop.be>
Jean de Lannoy
202, avenue du Roi
B-1190 BRUXELLES
Tel.: (32) 2 538 4308
Fax: (32) 2 538 0841
E-mail: jean.de.lannoy@euronet.be
<http://www.jean-de-lannoy.be>

CANADA

Renouf Publishing Company Limited
5369 Chemin Canotek Road
CDN-OTTAWA, Ontario, K1J 9J3
Tel.: (1) 613 745 2665
Fax: (1) 613 745 7660
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
<http://www.renoufbooks.com>

CZECH REP./RÉP. TCHÈQUE

Suweco Cz Dovož Tisku Praha
Ceskomoravska 21
CZ-18021 PRAHA 9
Tel.: (420) 2 660 35 364
Fax: (420) 2 683 30 42
E-mail: import@suweco.cz

DENMARK/DANEMARK

GAD Direct
Fiolstaede 31-33
DK-1171 KOBENHAVN K
Tel.: (45) 33 13 72 33
Fax: (45) 33 12 54 94
E-mail: info@gadirect.dk

FINLAND/FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
Keskuskatu 1, PO Box 218
FIN-00381 HELSINKI
Tel.: (358) 9 121 41
Fax: (358) 9 121 4450
E-mail: akatilaus@stockmann.fi
<http://www.akatilaus.akateeminen.com>

GERMANY/ALLEMAGNE

AUSTRIA/AUTRICHE

UNO Verlag
Am Hofgarten 10
D-53113 BONN
Tel.: (49) 2 28 94 90 20
Fax: (49) 2 28 94 90 222
E-mail: bestellung@uno-verlag.de
<http://www.uno-verlag.de>

GREECE/GRÈCE

Librairie Kauffmann
Mavrokordatou 9
GR-ATHINAI 106 78
Tel.: (30) 1 38 29 283
Fax: (30) 1 38 33 967
E-mail: ord@otenet.gr

HUNGARY/HONGRIE

Euro Info Service
Hungexpo Europa Kozpont ter 1
H-1101 BUDAPEST
Tel.: (361) 264 8270
Fax: (361) 264 8271
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
<http://www.euroinfo.hu>

ITALY/ITALIE

Libreria Commissionaria Sansoni
Via Duca di Calabria 1/1, CP 552
I-50125 FIRENZE
Tel.: (39) 556 4831
Fax: (39) 556 41257
E-mail: licosa@licosa.com
<http://www.licosa.com>

NETHERLANDS/PAYS-BAS

De Lindeboom Internationale
Publikaties
PO Box 202, MA de Ruyterstraat 20 A
NL-7480 AE HAAKSBERGEN
Tel.: (31) 53 574 0004
Fax: (31) 53 572 9296
E-mail: lindeboo@worldonline.nl
<http://home-1-orldonline.nl/~lindeboo/>

NORWAY/NORVÈGE

Akademika, A/S Universitetsbokhandel
PO Box 84, Blindern
N-0314 OSLO
Tel.: (47) 22 85 30 30
Fax: (47) 23 12 24 20

POLAND/POLOGNE

Główna Księgarnia Naukowa
im. B. Prusa
Krakowskie Przedmiescie 7
PL-00-068 WARSZAWA
Tel.: (48) 29 22 66
Fax: (48) 22 26 64 49
E-mail: inter@internews.com.pl
<http://www.internews.com.pl>

PORTUGAL

Livraria Portugal
Rua do Carmo, 70
P-1200 LISBOA
Tel.: (351) 13 47 49 82
Fax: (351) 13 47 02 64
E-mail: liv.portugal@mail.telepac.pt

SPAIN/ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros SA
Castelló 37
E-28001 MADRID
Tel.: (34) 914 36 37 00
Fax: (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
<http://www.mundiprensa.com>

SWITZERLAND/SUISSE

Bersy
Route de Monteiller
CH-1965 SAVIESE
Tél.: (41) 27 395 53 33
Fax: (41) 27 395 53 34
E-mail: bersy@bluewin.ch
Adeco – Van Diermen
Chemin du Lacuez 41
CH-1807 BLONAY
Tel.: (41) 21 943 26 73
Fax: (41) 21 943 36 05
E-mail: info@adeco.org

UNITED KINGDOM/ ROYAUME-UNI

TSO (formerly HMSO)
51 Nine Elms Lane
GB-LONDON SW8 5DR
Tel.: (44) 207 873 8372
Fax: (44) 207 873 8200
E-mail: customer.services@theso.co.uk
<http://www.the-stationery-office.co.uk>
<http://www.itsofficial.net>

UNITED STATES and CANADA/ ÉTATS-UNIS et CANADA

Manhattan Publishing Company
468 Albany Post Road, PO Box 850
CROTON-ON-HUDSON,
NY 10520, USA
Tel.: (1) 914 271 5194
Fax: (1) 914 271 5856
E-mail: Info@manhattanpublishing.com
<http://www.manhattanpublishing.com>

FRANCE

La Documentation française
(Diffusion/Vente France entière)
124 rue H. Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Tel.: (33) 01 40 15 70 00
Fax: (33) 01 40 15 68 00
E-mail: vel@ladocfrancaise.gouv.fr
<http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>

Librairie Kléber (Vente Strasbourg)

Palais de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex
Fax: (33) 03 88 52 91 21
E-mail: librairie.kleber@coe.int

Council of Europe Publishing/Éditions du Conseil de l'Europe

F-67075 Strasbourg Cedex

Tel.: (33) 03 88 41 25 81 – Fax: (33) 03 88 41 39 10 – E-mail: publishing@coe.int – Website: <http://book.coe.int>



COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE

Le Conseil de l'Europe regroupe aujourd'hui quarante-cinq Etats membres, soit la quasi-totalité des pays du continent européen. Son objectif est de créer un espace démocratique et juridique commun, organisé autour de la Convention européenne des Droits de l'Homme et d'autres textes de référence sur la protection de l'individu. Créé en 1949, au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Conseil de l'Europe est le symbole historique de la réconciliation.

ISBN 92-871-5329-9



9 789287 153296

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