

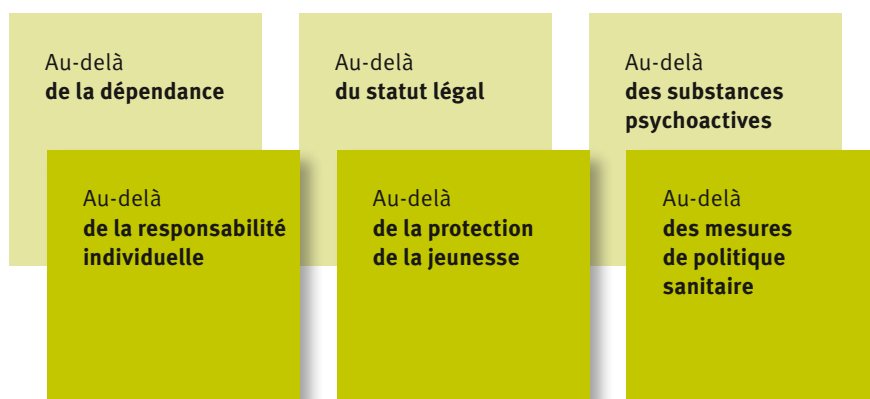


Défi addictions

*Fondements d'une approche durable de la politique
des addictions en Suisse*

Défi addictions

Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse



Le *rapport Défi addictions* vise à diffuser une conception intégrée de la politique des addictions abordée sous la perspective de la santé publique. Fondé sur des considérations relevant de la politique sanitaire, il préconise d'élargir le domaine d'application de la politique des addictions en Suisse, mais également d'en modifier l'orientation stratégique. Dans ce but, il énonce dix lignes directrices qui doivent contribuer au développement d'une politique cohérente vis-à-vis de la consommation problématique de tous les types de substances psychoactives et des comportements à potentiel addictif.

Direction du projet



Ilona Kickbusch Prof. Dr.
kickbusch health consult

Groupe de pilotage



François van der Linde Dr. med.
Président du groupe de pilotage
Président de la CFLD



Rosmarie Zapfl
Ancienne conseillère nationale
Présidente de la CFAL



Bruno Meili lic. phil.
Directeur de la Ligue suisse contre
le cancer/oncosuisse
Président de la CFPT



Theodor Abelin Prof. Dr. med.
Professeur de médecine sociale
et préventive
Expert de la CFPT



Léonie Chinnet MA
Cheffe du projet pour la prévention
des dépendances, Service de la santé
publique, canton de Vaud
Membre de la CFPT



Françoise Dubois-Arber PD, MER, Dr. med.
Direction de l'Unité d'évaluation, Institut
universitaire de médecine sociale et
préventive, Lausanne
Membre de la CFLD



Bruno Erni
Président du Fachverband Sucht et
directeur de Santé bernoise
Membre de la CFAL



Michel Graf MPH
Directeur d'addiction info suisse
(auparavant ISPA)
Membre de la CFAL



Ruth Vogt lic. phil.
Codirectrice de l'Ecole supérieure
de pédagogie sociale HFS agogis
Membre de la CFLD

Représentants de l'Office fédéral de la santé publique



Markus Jann lic. phil.
Chef de la Section drogues
Unité de direction Santé publique



Astrid Wüthrich lic. phil.
Secrétariat scientifique de la CFLD



Claudia Künzli
MAS en promotion de la santé et
prévention
Secrétariat scientifique de la CFPT



Gabriela Scherer lic. phil.
Secrétariat scientifique de la CFAL

Gestion du projet



Miriam Wetter lic. rer. soc.
Directrice de
mcw assistenz]&[koordination



Eliane Fischer lic. rer. soc.
Collaboratrice scientifique chez
mcw assistenz]&[koordination



Stefanie Knocks MA
mcw assistenz]&[koordination



Table des matières

Avant-propos	6
A propos de ce rapport	8
Résumé	10
1 Introduction	
De la problématique du concept d'addiction	13
Du choix d'une approche de santé publique	15
Des fondations déjà solides	16
Au carrefour entre individu, société, Etat et marché	20
Conflits et contradictions de la politique des addictions	22
2 La santé publique, fondement indispensable	
Les principes de l'approche de santé publique	25
Contexte social	30
Perspectives	34
3 La situation actuelle en Suisse	
A chaque substance sa politique des addictions	37
Vers une politique cohérente	42
4 Domaine d'application	
Au-delà de la dépendance	45
Au-delà du statut légal	52
Au-delà des substances psychoactives	58
5 Orientation stratégique	
Au-delà de la responsabilité individuelle	63
Au-delà de la protection de la jeunesse	70
Au-delà des mesures de politique sanitaire	77
Perspectives	81
6 Défi addictions	
Cadre de référence	85
Perspectives	88
Remerciements	89
Glossaire	90
Notes et bibliographie	94

Avant-propos

Aujourd'hui, en Suisse comme dans la plupart des pays européens, la politique des addictions repose principalement sur des politiques différentes pour l'alcool, le tabagisme et les substances psychoactives illégales, répartie entre des domaines politiques qui ne sont pour l'instant guère ou pas coordonnés entre eux. Même si chaque substance, voire chaque champ d'application, implique des exigences bien spécifiques, notamment selon son acceptation sociale ou en raison de la distinction entre substances autorisées et interdites, le besoin d'une politique des addictions plus cohérente commence à se faire sentir depuis quelques années. Ce besoin a été mis au jour particulièrement dans le rapport *psychoactiv.ch* de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), qui a vivement recommandé l'élaboration d'un cadre de référence pour la politique des addictions en 2005.



C'est pourquoi nous pouvons déjà considérer le présent rapport comme une avancée significative dans cette direction. Ce rapport a été rédigé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par un groupe de pilotage composé de représentants des trois Commissions fédérales travaillant dans le domaine des addictions: la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL), la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) et la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT).

Le document produit vise à fournir le cadre d'un débat prospectif sur la politique des addictions en Suisse. Il ouvre la porte à une discussion dépassant les compétences des Commissions existantes, proposant un domaine d'application plus large et une réorientation stratégique. Il remet en question jusqu'au concept restrictif de politique des addictions. Le *rapport Défi addictions* laisse volontairement plus de marge de manœuvre à divers acteurs, afin que les spécialistes, les professionnels impliqués sur le terrain, les autorités et les politiques aient la possibilité d'intervenir a posteriori dans le processus de mise en œuvre du rapport en y apportant leurs connaissances spécifiques et leur expérience.

Le *rapport Défi addictions* s'adresse en premier lieu aux nombreux acteurs impliqués dans la politique, les sciences, la pratique et dans les organismes traitant des addictions, mais il s'adresse également à toutes les

b

personnes concernées d'une manière ou d'une autre par la question des addictions. Les modifications de champ d'application et d'orientation stratégique qui y sont exposées sont le fruit du consensus auquel sont arrivés les délégués des trois Commissions et méritent d'être soumis au débat public. Au bout du compte, la politique des addictions ne peut continuer à évoluer que si elle tient compte de la conception des addictions dominante dans notre société, des dernières découvertes scientifiques et des expériences des personnes concernées.

La question de l'importance sociale de la santé et du bien-être ainsi que du rapport culturel aux substances à usage récréatif se repose en des termes nouveaux. Certains observateurs plaident pour la découverte d'une culture du plaisir conscient par opposition à une culture de la consommation et des satisfactions immédiates. Le chemin à parcourir pour atteindre cet objectif est encore long, mais le *rapport Défi addictions* devrait contribuer à le rendre plus court et plus praticable.



Pascal Strupler
Directeur de l'Office fédéral de la santé publique

A propos de ce rapport

Auteurs

Le *rapport Défi addictions* est le fruit de la collaboration entre des représentants des Commissions fédérales pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL), pour les questions liées aux drogues (CFLD) et pour la prévention du tabagisme (CFPT). Bien que ces commissions aient auparavant travaillé séparément, ces représentants ont partagé leurs approches et leurs expériences pendant les deux années qu'a duré le projet de ce rapport. Malgré quelques divergences sur des points de détail, en lien avec leur domaine de spécialité, ils ont sans cesse mis au premier plan les points communs de leur approche mettant en avant la santé publique, dans l'optique d'élaborer une politique des addictions cohérente. C'est grâce à cette démarche qu'il a été possible de produire un cadre de référence commun.



Objectif et public cible

Le *rapport Défi addictions* se fixe pour objectif d'ouvrir un grand débat sur la thématique des addictions dans une perspective de santé publique et de préparer la voie à une politique d'avenir sur les addictions. En effet, il est évident que cette perspective va entrer en concurrence avec d'autres approches politiques, sociales et économiques qui lui sont souvent privilégiées. L'objectif de ce rapport n'est pas uniquement de réfléchir à la dépendance aux substances psychoactives, c'est-à-dire au champ habituel de la politique des addictions, mais d'élargir le champ de réflexion et de proposer une réorientation stratégique de la politique des addictions sur la base d'arguments concrets. Le rapport propose un cadre de référence contenant dix lignes directrices qui peuvent contribuer au développement d'une politique cohérente englobant ***la consommation problématique et tout comportement à risque*** vis-à-vis des substances psychoactives ou des comportements à potentiel addictif.

Le *rapport Défi addictions* ne s'adresse pas uniquement aux nombreux acteurs impliqués dans les sciences, la pratique et dans les organismes traitant des addictions, mais il s'adresse également au monde politique et à la société dans son ensemble: le rapport, et en particulier le cadre de référence, reflètent l'orientation de politique sanitaire commune aux délégations des trois Commissions. ***Les lignes directrices du cadre de référence doivent être débattues le plus largement possible*** étant donné que les points forts et les orientations de la politique des addictions font constamment l'objet de négociations politiques. Enfin, ces lignes directrices ne peuvent s'imposer que si elles correspondent à la conception des addictions dominante dans la société. Le présent rapport vise donc à approfondir le débat sur la base de connaissances scientifiques tangibles.

Résumé

A l'heure actuelle en Suisse, la politique des addictions se résume principalement aux politiques de l'alcool, du tabagisme et des drogues illégales, trois domaines politiques qui se recoupent peu. Le Conseil fédéral a désigné une commission spécialisée pour chacun de ces domaines: les Commissions fédérales pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL), pour les questions liées aux drogues (CFLD) et pour la prévention du tabagisme (CFPT). Ces dernières années, ces commissions ont commencé, indépendamment les unes des autres et dans différentes proportions, à adopter une *stratégie de santé publique* («*Public Health*»), ou du moins quelques éléments de cette stratégie. Toutefois, les délégations de ces Commissions mandatées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour créer le cadre de référence d'une politique des addictions cohérente ont fondé leur travail sur l'*«approche de santé publique»*: elles se sont servies de cette approche pour *évaluer le travail accompli ainsi que pour déterminer celui qui reste à accomplir à court et à long terme*. Le résultat de cette collaboration a pris la forme du présent rapport et du cadre de référence qui l'accompagne.

Tant le rapport que le cadre de référence cherchent à limiter les dommages pour l'individu, son entourage direct et pour la société. C'est dans cette optique que le rapport propose six réorientations de la politique suisse des addictions: trois réorientations thématiques et trois réorientations stratégiques.

En ce qui concerne son *champ d'application*, la politique suisse des addictions:

- ne doit pas prendre en considération que la dépendance, mais inclure également la consommation problématique et les modes de consommation en constante évolution (*«au-delà de la dépendance»*),
- doit évaluer toutes les substances en fonction de la charge de dommages qu'elles engendrent et sans tenir compte du fait qu'elles soient légales ou interdites (*«au-delà du statut légal»*) et
- doit inclure les comportements à potentiel addictif (*«au-delà des substances psychoactives»*).

D'un point de vue *stratégique*, la politique suisse des addictions:

- doit faire en sorte que les choix sains soient plus simples, plus attractifs et meilleur marché pour les citoyens (*«au-delà de la responsabilité individuelle»*),
- doit continuer à prêter une attention particulière à la protection de la jeunesse tout en se rappelant que la consommation problématique et la dépendance ne sont pas des problèmes limités aux jeunes (*«au-delà de la protection de la jeunesse»*) et
- ne doit pas se limiter à des mesures relevant de la politique de la santé, mais inclure également les domaines politiques qui peuvent avoir une influence décisive sur la politique des addictions et, le cas échéant, impliquer les autres acteurs concernés (*«au-delà des mesures de politique sanitaire»*).

Cet élargissement de l'horizon thématique et stratégique de la politique des addictions est l'objet du *cadre de référence*, qui dépasse les distinctions faites jusqu'à présent dans cette politique. Sur la base de l'approche de santé publique, ce cadre de référence énonce *dix lignes directrices en vue d'une politique durable des addictions*. Les principes sont identiques à ceux du rapport: prévention de la consommation problématique de substances psychoactives et de comportements problématiques ainsi que limitation du potentiel de dommages autant pour l'individu que pour son entourage social et pour la société.



1 Introduction

De la problématique du concept d'addiction

Le terme d'«addiction» ne rend pas justice au contenu du présent rapport. En outre, il n'est plus neutre en raison de son utilisation inflationniste dans la vie de tous les jours. En allemand comme en français, il n'existe pas de mot pour rendre compte de tous les aspects du terme dont traite ce rapport. Lorsqu'il est question, dans ce rapport, de *Défi addictions*, sont pris en compte les modes de consommation de substances psychoactives et tous les types de comportements à potentiel addictif *qui nécessitent une intervention du point de vue de la politique sanitaire*. Ainsi, l'utilisation nocive, la consommation habituelle et la consommation problématique dans leurs différentes manifestations deviennent également un objet central de la politique des addictions, et non plus principalement ou seulement la dépendance.

L'**addiction** est le terme courant employé pour désigner différents syndromes médico-psychologiques. Dans les milieux professionnels, ce concept est remplacé par les termes d'«abus» et de «dépendance». Le terme d'«addiction» continue toutefois à être utilisé dans de nombreux documents et institutions, qu'ils soient officiels ou non.

Une **dépendance** peut se développer plus ou moins rapidement suivant le type de substance consommée et le profil du consommateur. Une dépendance peut mettre des années à se développer ou s'installer en un laps de temps très court. La dépendance ne dépend pas directement des quantités consommées. Une dépendance est le résultat d'un diagnostic médical établi selon différents critères qui sont répertoriés dans la «Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes» (CIM-10).

Syndrome de dépendance CIM-10:¹³⁶

Diagnostic de plusieurs des symptômes suivants: désir compulsif de consommer; réduction de la capacité de contrôle de la consommation; syndrome de sevrage physique; mise en évidence d'une tolérance (besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré); restriction du mode de vie au profit de la consommation d'une substance; désinvestissement des autres activités; poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Sous le terme de «**dépendance**» sont regroupés des symptômes qui comprennent à la fois les conséquences psychiques, physiques et sociales de la consommation. Cette définition vaut également pour les comportements addictifs qui ne sont pas liés à une substance quelconque et qui peuvent conduire à une dépendance, comme les jeux de hasard. De récentes études en neurobiologie ont établi que la dépendance était un processus dans lequel étaient impliqués des facteurs aussi bien biologiques, psychiques, que sociaux, et pendant lequel le cerveau s'adaptait biologiquement au comportement de consommation adopté. La dépendance est décrite comme une suite de processus de régulation perturbés dans le système de récompense:¹ les effets perçus par l'individu comme positifs déclenchent dans le cerveau des processus similaires indépendamment de la consommation de substances ou du comportement en jeu.² Notamment, il apparaît un désir compulsif de consommer cette substance quand elle n'est plus présente dans le corps, désir qui est renforcé quand elle est à portée de main de la personne concernée ou qu'elle se présente à sa mémoire.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas perdre de vue le fait que les substances psychoactives existent dans toutes les sociétés.³ Toutefois, la consommation de substances est en constante évolution, quels que soient le lieu ou l'époque: tant la perception sociale de la consommation que la disponibi-

Les décisions importantes pour la politique des addictions sont souvent prises dans d'autres domaines politiques

lité des substances sont sujettes à des changements. Ce qui est considéré comme une substance addictive pendant une période peut être perçu par la suite comme un comportement socialement accepté ou une substance récréative – et inversement. L'histoire de l'opium ou du café en est une parfaite illustration.

La consommation de diverses substances satisfait toute une palette de besoins individuels et sociaux allant de la consommation récréative jusqu'à des rituels et à des types de comportements ancrés culturellement et socialement, en passant par la transgression des normes et le désir d'atteindre l'ivresse ou l'extase. Ces types de consommation peuvent servir à activer des fonctions psychiques comme le bien-être et la détente, à dépasser sa gêne, à apaiser l'angoisse et la douleur, à faciliter l'oubli ou à maintenir, voire augmenter les performances individuelles. C'est une des raisons pour lesquelles il n'est pas souhaitable d'assimiler tous les types de consommation à des dépendances ni de réglementer tous les comportements potentiellement nuisibles.

Bon nombre de substances considérées comme addictives peuvent être consommées sans risque majeur dans la majorité des cas, bien que, dans certaines circonstances, une consommation de doses même minimales puisse entraîner des conséquences néfastes pour la santé. *Il se trouve que l'optique de la politique de santé tient compte de modes de consommation appelés «troubles liés à une substance».* Suivant la fréquence de consommation et le degré de dangerosité (variant d'une substance à l'autre), la consommation problématique peut comporter des conséquences physiques, psychiques ou sociales non souhaitées. La consommation régulière de ces substances, notamment, peut créer un syndrome de dépendance avec les conséquences que l'on connaît pour l'individu et son entourage direct. Il faut toutefois rappeler que ce n'est pas toujours la substance psychoactive qui est nocive en soi; souvent, ce sont aussi les substances additives présentes dans le produit ou les circonstances de sa consommation qui peuvent nuire à la personne concernée. Dans le cas du tabagisme, c'est certes la nicotine qui crée une addiction, mais la consommation répétée de produits à base de tabac expose les fumeurs à d'autres substances, comme le goudron et le monoxyde de carbone, qui nuisent à leur santé.

Du choix d'une approche de santé publique

Etant donné l'importance de la consommation problématique de tous les types de substances psychoactives et des comportements à potentiel addictif du point de vue de la politique de la santé, les représentants des trois Commissions liées à la politique des addictions ont convenu d'inscrire leur travail dans le cadre d'une approche de santé publique. Ainsi les mesures prises en matière de politique des addictions ont-elles une base identique pour toutes les substances psychoactives et les comportements à potentiel addictif, en particulier quand il s'agit de modes de consommation problématiques et de l'influence du milieu. Les caractéristiques de l'approche de santé publique qui permettent d'intervenir de manière coordonnée dans les différents domaines de la politique des addictions sont au nombre de trois :

1. La perspective de la santé publique aide à passer de l'idée d'un problème de santé individuel aux concepts de *prévention structurelle* et de *prévention visant les comportements*. Tandis que la *prévention structurelle* prévoit des mesures pour la société, l'entourage et pour la réduction des inégalités sociales, la *prévention comportementale* vise à renforcer les aptitudes et les compétences qui aident l'individu à mieux comprendre qu'il est responsable de sa santé. Si nécessaire, une telle perspective englobe aussi la réduction des risques et l'accès aux offres thérapeutiques.
2. Adopter une perspective de santé publique, c'est mesurer la forme et l'ampleur de l'intervention éventuelle de l'Etat à l'aune de l'intérêt public, de la charge de la maladie engendrée par la consommation pour les personnes concernées et la population, des conséquences sociales et économiques ainsi que de la mission de l'Etat de protéger les populations les plus vulnérables.
3. Dans une approche de santé publique, les mesures prises ne peuvent être efficaces que si l'on suit attentivement les évolutions de la société. De nos jours, les comportements sanitaires sont indissociables de l'évolution de société et de la culture, ils sont de plus en plus influencés par les médias et la culture de la consommation et reflètent les phénomènes d'individualisation et de différenciation à l'œuvre dans la société.

L'application de l'approche de santé publique à la politique des addictions retranscrit une volonté de s'interroger sur la responsabilité de l'Etat, tout particulièrement en ce qui concerne la prévention des modes de consommation problématiques, de l'usage à risque de toutes les substances psychoactives et des comportements à potentiel addictif. Dans le débat actuel sur les interdictions, on oublie trop souvent à quel point les interventions de l'Etat en matière de politique des addictions sont diverses et variées. En voici quelques exemples selon la situation : diffusion de l'information, mesures de prévention, délégation des tâches, mesures d'incitation, création de lois et application de ces lois (répression), réglementation du marché et application de cette réglementation ou réduction des risques. Toutes ces mesures sont également traitées dans ce rapport.

L'approche de santé publique comporte un autre aspect important qui répond aux défis d'une politique durable des addictions : elle vise à mettre en lumière suffisamment tôt les nouveaux phénomènes ayant trait à la santé de la population et à y répondre à l'avance, et non pas toujours *a posteriori*.

Des fondations déjà solides

La Suisse a déjà atteint de nombreux objectifs dans le domaine de la politique des addictions et passe même dans certains domaines pour un modèle au niveau international. Ce rapport a d'ailleurs été inspiré par les interventions politiques les plus importantes de ces dernières décennies sur le sujet, comme le rapport *psychoaktiv.ch*⁴ et les *Programmes nationaux alcool* (PNA)⁵ et *tabac* (PNT)⁶ ou le troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III)⁷, ainsi que par des impulsions venant des cantons ou des communes. Ce sont ces prises de position qui ont ouvert le débat en Suisse sur l'addiction, la dépendance et la consommation problématique et ont contribué à redessiner le paysage de la politique des addictions.

Une **politique durable** se définit par le fait qu'elle donne le ton dans la formulation des tâches les plus importantes pour la communauté, dans la recherche de solutions et dans la prise de décisions à caractère contraignant.¹³⁴

Il a déjà été constaté qu'il était tout à fait possible d'introduire de nouveaux principes dans la politique suisse des addictions. Il est possible de citer un exemple fort remarqué au niveau international: le *changement de paradigme, d'une approche de la politique des drogues strictement axée sur l'abstinence à l'intégration de la réduction des risques*, qui jouit aujourd'hui d'une bonne acceptation dans la société et qui a été ancrée dans la loi par une votation fédérale en 2008.⁸ Le principe de réduction des risques reconnaît que des conséquences négatives mais évitables peuvent survenir en plus des dommages provoqués directement par la consommation. Il est possible d'appliquer cette approche à l'alcool, et non seulement aux substances psychoactives illégales, comme le prouvent les exemples suivants: la désignation d'un conducteur sobre (le capitaine de soirée) ou la mise à disposition d'équipes pour reconduire chez elle toute personne ne souhaitant pas prendre le volant après avoir consommé trop d'alcool (Opération Nez rouge). Ces mesures préventives permettent d'éviter que la consommation d'alcool n'ait pour conséquence des accidents de la circulation.

Dans le domaine du tabagisme, on a assisté à un certain changement d'orientation politique: l'on est passé d'une approche axée uniquement sur les fumeurs à une optique de protection des tiers, les fumeurs passifs. L'objectif de la politique qui en découle est donc d'interdire la fumée dans des lieux donnés afin de réduire les répercussions sur les tiers et de diminuer la consommation d'une manière générale.

Bon nombre d'objectifs, de modèles et de principes élaborés jusqu'à présent par la politique des addictions restent toujours d'actualité, comme c'est le cas du modèle des quatre piliers ou du principe de la réduction des risques intégré dans la politique en matière de drogue. Etant déjà bien ancrés dans la politique des drogues, ces modèles ne seront pas présentés en détail dans ce rapport. En revanche, il est important de se demander dans quelle mesure ils sont applicables à d'autres addictions. En revanche, de nombreuses propositions concernant la prévention, la promotion de la santé et la réglementation du marché n'ont pas encore reçu le soutien politique permettant leur mise en œuvre, même si les experts sont unanimes à affirmer leur importance. C'est la raison pour laquelle le présent rapport fait la part belle à ces questions.

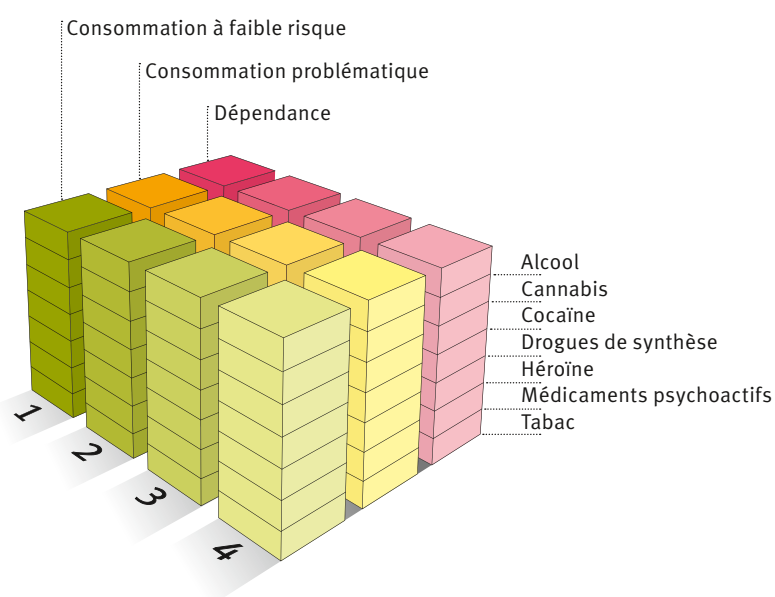
Le modèle du cube (cf. figure 1), développé par *psychoaktiv.ch*, a permis de diffuser bien au-delà des cercles de spécialistes la notion de multidimensionalité des stratégies déployables face aux substances psychoactives dans la politique suisse des drogues. Le cube relie **trois dimensions de la politique des addictions** en permettant de donner aux divers éléments une importance différente en fonction du type de substance ou de comportement problématique auquel ils se rapportent :

- les quatre piliers de la politique des addictions (prévention et promotion de la santé, thérapie, réduction des risques et réglementation du marché/répression),
- la classification des différentes substances psychoactives indépendamment de leur statut légal,
- les modes de consommation, divisés en consommation à faible risque, consommation problématique et dépendance selon les substances consommées.

Même si ces distinctions ne peuvent pas toujours être appliquées de la même manière à tous les types de substances, ce modèle a tout de même largement amélioré la compréhension de la problématique des addictions.

Figure 1

Modèle du cube tiré du rapport *psychoaktiv.ch* de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD, 2006; légèrement modifié). Le modèle ne définit pas de politique des drogues précise; il a pour vocation de servir de source d'inspiration dans un pays souhaitant évaluer et améliorer sa politique des addictions en général ou certaines mesures en particulier. Les différentes substances sont listées par ordre alphabétique.



- 1 **Prévention globale:** Protection de la santé, promotion de la santé et dépistage précoce
- 2 **Thérapie:** Thérapies comportant différentes options de traitement; intégration sociale
- 3 **Réduction des risques:** Pour l'individu et pour la société
- 4 **Répression:** Réglementation du marché et protection de la jeunesse

Au carrefour entre individu, société, Etat et marché

Dans l'optique de santé publique retenue dans le présent rapport, il est particulièrement significatif que la protection de la santé soit définie comme un devoir de l'Etat dans l'art. 118 de la Constitution fédérale. Les stupéfiants y sont cités explicitement, au même titre que les denrées alimentaires, les agents thérapeutiques, les organismes, les produits chimiques et les objets susceptibles de présenter un danger pour la santé. Toutefois, la politique opère une distinction claire entre les stupéfiants (interdiction pénale) et les autres substances ou objets (auxquels s'applique toute une palette de mesures de réglementation du marché, y compris des interdictions absolues).

Dans la politique des addictions, le principe constitutionnel de la *protection de la santé* entre sans cesse en conflit avec celui de la *liberté économique*, garanti dans l'art. 27 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse et dans les constitutions cantonales. Bien que la liberté économique soit un droit fondamental en Suisse, une intervention limitant ce droit peut être justifiée dans la mesure où celle-ci est fondée sur un intérêt public prépondérant, repose sur une base légale suffisante et respecte le principe de la proportionnalité.

C'est là que commencent les dilemmes. En premier lieu, dans le couple Etat-économie: où la liberté économique s'arrête-t-elle et où commence la responsabilité de l'Etat en matière de politique de la santé? En second lieu, dans le couple Etat-individu: où la liberté et la responsabilité des citoyens s'arrête-t-elle et où commence le pouvoir législatif de l'Etat? L'Etat a-t-il le devoir d'intervenir pour réglementer ou promouvoir des actions, et si oui, dans quelle mesure? La gestion de ce triangle délicat dépend surtout de la conception que les citoyens ont de l'Etat et des valeurs dominantes en circulation dans une société. Certes, les sociétés modernes ont largement

*Il faut sans
cesse trouver
un équilibre
entre l'individu,
la société,
l'Etat et
le marché*

reconnu que les personnes qui souffraient d'un syndrome de dépendance étaient malades et avaient dès lors le droit à une aide médicale et thérapeutique. En revanche, bon nombre de mesures préventives, qui seraient indispensables pour endiguer le problème des addictions, sont beaucoup moins bien acceptées.

C'est pourquoi la politique des addictions cherche sans cesse un subtil équilibre dans les relations complexes entre l'individu, la société, l'Etat et le marché (légal). Par exemple, la dangerosité ou la nocivité d'une substance psychoactive doit être mise en regard de son utilité perçue; il faut peser le pour et le contre de l'idée d'intervenir pour des motifs de politique sanitaire dans le marché et dans les modes de consommation à faible risque d'une majorité. Etant donné que ces mesures étatiques entrent en conflit avec de nombreux intérêts, elles sont parfois associées par provocation à la «société de l'interdit» ou à l'«Etat préventif» dans le débat sur des projets de politique sanitaire. De plus, ces pesées d'intérêts sont difficiles à imposer de nos jours notamment en raison de l'origine historique et non scientifique de la distinction entre substances légales et illégales.⁹ Cette distinction reste encore souvent idéologique. En Suisse, bon nombre de mesures étatiques relevant du domaine de la santé sont soumises au vote, que ce soit au Parlement ou par le biais d'initiatives et de référendums. Ces procédures sont souvent longues et laborieuses. Cependant, cette lenteur les transforme en processus de réflexion pour la société, comme l'a montré l'intégration progressive de la politique des quatre piliers dans la politique en matière de drogue.

A ce carrefour d'intérêts rivaux en matière de politique des addictions, les frontières entre les domaines sont constamment redessinées, et ce rarement au profit de la protection de la santé, étant donné les énormes intérêts économiques en jeu. La longue tradition de pensée libérale en Suisse a permis, il est vrai, d'introduire le principe de réduction des risques dans la politique des drogues illégales. Par contre, cette même tradition rend extrêmement difficile d'imposer des restrictions au marché légal. De même, actuellement, le modèle pénal qui est appliqué dans le domaine des drogues illégales trouve plus de partisans en politique et dans la population qu'une approche de réglementation du marché. Dans ce débat

public, on oublie parfois à quel point la liberté de décision de l'individu est influencée par son entourage et par le marché, alors même que de nombreux instituts de recherche consacrent leur activité à cette question (cf. chapitre 5).

Dans une approche de santé publique, il est incontestable que certains modes de consommation et types de comportement peuvent comporter des conséquences extrêmement négatives, autant à court qu'à long terme. L'Etat et la solidarité sociale (caisses-maladie, assurance-invalidité, assurance-accidents, institutions communales) ne peuvent pas se contenter d'assumer les risques et les coûts engendrés par des produits et des services sans en influencer la production et la distribution. C'est pourquoi il est important de mettre en œuvre une politique des addictions cohérente qui tienne compte aussi de la responsabilité d'autres acteurs de la société: acteurs économiques, organisations professionnelles et autres associations ou institutions. Il est de plus en plus communément admis que les produits et les services nocifs pour la santé doivent être soumis à des réglementations, autant au niveau de leur production, que de leur promotion ou de leur distribution. Dans cette optique, on pense notamment à la fixation des prix de substances psychoactives légales, comme l'alcool et le tabac, et au marketing. Dans certains pays européens, par exemple, la consommation d'alcool a pu être réduite drastiquement grâce à une politique des prix efficace.¹⁰

Conflits et contradictions de la politique des addictions

Une vision de politique sanitaire sur les thématiques de l'addiction, de la dépendance et de la consommation ou des types de comportements problématiques touche à beaucoup d'intérêts, d'acteurs et de domaines politiques (cf. chapitres 2 et 5). En Suisse comme dans d'autres pays, les réactions sont souvent contradictoires. Une mesure qui, vue sous l'angle d'une politique des addictions, peut être controversée, peut obtenir un large soutien si elle est présentée dans l'optique de l'ordre public. La société a parfois du mal à accepter que certains produits comme le tabac ou l'alcool ne soient pas des biens de consommation comme les autres,

Réglementation/répression

Dans le domaine des drogues, le terme de **répression** désigne principalement les interventions policières ayant pour objectif des poursuites pénales. La répression vise donc à restreindre l'offre et à lutter contre le trafic de drogue illégal et la criminalité organisée.

En ce qui concerne les substances psychoactives légales, le terme de **réglementation** englobe toutes les lois, les dispositions et les règlements qui ont été énoncés par un Etat ou une organisation supranationale. La restriction de la liberté d'action et l'interdiction de consommation ou vente limitée à des lieux, à des horaires ou à des populations déterminées sont des mesures de réglementation. Le concept plus spécifique de **réglementation du marché** ne se réfère qu'aux situations dans lesquelles l'Etat intervient dans le libre fonctionnement du marché pour en corriger une défaillance ou pour limiter la libre concurrence, ici par exemple pour des raisons de politique sanitaire.

*Si l'on
se fondait sur
l'ampleur
véritable
des problèmes,
les priorités
politiques
seraient fixées
différemment*

mais des substances à fort potentiel addictif dont la production et la commercialisation nécessitent une réglementation adaptée aux risques qu'elles présentent pour la santé. Dans les sociétés libérales en particulier, les interventions de l'Etat se heurtent constamment aux principes du plaisir, de la liberté de choix et de la responsabilité individuelle.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'ordre public, le souhait d'une intervention étatique plus musclée s'exprime notamment en raison du lien étroit existant entre une consommation d'alcool excessive et des comportements violents, comme le prouve la présence des forces de l'ordre lors de manifestations sportives. Par contre, l'interdiction de fumer visant à protéger des non-fumeurs – par exemple dans les restaurants – est présentée principalement en termes de limitation des libertés individuelles par les fumeurs et les cafetiers-restaurateurs. Elles sont rarement acceptées comme des mesures prises dans une optique de protection des tiers, comme c'est le cas pour l'interdiction de la conduite en état d'ébriété. On ne les reconnaît pas non plus à leur juste valeur, alors qu'elles sont le résultat de votations démocratiques avec un très grand nombre de votes en leur faveur. Toutefois, cette liberté personnelle n'est pas reconnue aux consommateurs de cannabis en raison de conceptions sociopolitiques. En ce qui concerne l'utilisation de substances augmentant les capacités cérébrales ou la cyberaddiction, aucune position claire ne se détache encore, mais ces phénomènes semblent également être pris dans le même genre de conflits d'intérêts.

Pour résumer, d'un point de vue de politique de la santé, on peut dire que la politique des addictions en Suisse est déterminée par des prises de position bien ancrées – et donc aussi par des visions erronées, voire par le refus de savoir – plus que par considération des conséquences effectives sur la santé des personnes concernées, des tierces personnes ou de la société dans son ensemble. C'est pourquoi la politique des addictions actuelle n'est pas tournée vers l'avenir. En revanche, si elle prenait pour étalon de mesure l'ampleur véritable des problèmes, les priorités politiques seraient sans doute fixées différemment.



2 La santé publique, fondement indispensable d'une politique durable des addictions

Le rapport *Défi addictions* suit l'approche prédominante aujourd'hui dans les sciences de la santé pour expliquer les causes et le maintien de la dépendance ainsi que la consommation de substances et les comportements problématiques ou à risque.¹¹ Le rapport part du principe qu'il est question ici de types de comportement complexes dans lesquels entrent en jeu différents aspects de l'individu, de la société et de la substance psychoactive. Tout comme le modèle multicausal défini pour les drogues, l'approche de santé publique prend en compte les interactions entre l'individu, son milieu social et la substance addictive ou le comportement addictif en question. Cette approche n'inclut pas uniquement la dépendance dans son champ d'action, mais également la consommation problématique, étant donné ses conséquences sur la santé. Les spécialistes de la santé partagent très largement un avis favorable à une orientation cohérente de la politique des addictions et l'appellent depuis longtemps de leurs vœux en Suisse.

Les principes de l'approche de santé publique

L'approche de santé publique est un concept de politique sanitaire «qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé».¹² Cette approche est de plus en plus largement adoptée dans les politiques des addictions en Europe,¹³ notamment parce qu'elle offre, grâce à ses visées préventives, une base commune pour des volets de la politique des addictions qui étaient abordés séparément jusqu'à présent. Ci-dessous, la brève présentation de quelques principes centraux de cette approche vise à démontrer leur importance pour la politique des addictions. Dans le domaine des addictions, l'approche de santé publique prévoit des méthodes pour remédier aux troubles liés ou non liés aux substances. Les dimensions évoquées sont les suivantes: *charge de maladie, déterminants sociaux, mesures étatiques d'intérêt public, intégration de la prévention structurelle et comportementale et intégration de la santé dans tous les domaines politiques.*

Charge de maladie: La stratégie de santé publique se fonde avant tout sur la charge de maladie, qui peut être mesurée de différentes manières; le taux de mortalité est depuis longtemps passé au second plan derrière d'autres critères: fréquence, répartition et conséquences des maladies sur la société. On utilise de plus en plus souvent l'indicateur de santé publique «DALY», qui ne mesure pas seulement la mortalité, mais encore les années de vie potentiellement normale et sans handicap dégradées du fait d'une maladie (voir tableau «Les dix facteurs de risque principaux de maladie en Suisse»). La recherche en matière de santé publique prouve que de grandes parties de la population subissent les conséquences sur la santé de la consommation quotidienne et problématique de substances et des types de comportements problématiques¹⁴, dont les répercussions sanitaires sont largement plus graves que les répercussions sanitaires de la dépendance, fruit d'un diagnostic médical, qui est plus rare en termes de fréquence.

Les dix maladies et facteurs de risque principaux en Suisse

Facteur de risque	% de toutes les DALY*
Tabagisme	11,2
Hypertension artérielle	7,3
Consommation d'alcool	7,2
Indice de masse corporelle élevé	6,0
Taux de cholestérol élevé	5,1
Consommation de drogues	2,7
Inactivité physique	2,4
Faible consommation de fruits et de légumes	1,6
Rapports sexuels non protégés	0,7
Abus sexuels pendant l'enfance	0,6

* DALY = Disability Adjusted Life Years = calculées par sommation des années de vie perdues prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 70 ans) et des années vécues avec un handicap physique ou psychique.¹⁵

Déterminants sociaux: Ces conséquences sanitaires et sociales (voire parfois économiques) ne peuvent être attribuées uniquement aux individus et à la nocivité de leur comportement pour la santé. L'état de santé d'une population et d'un individu est influencé et déterminé positivement ou négativement par quantité de facteurs de protection et de facteurs négatifs. Ces facteurs sont appelés déterminants de la santé et ont une influence particulière sur la santé à quatre niveaux:

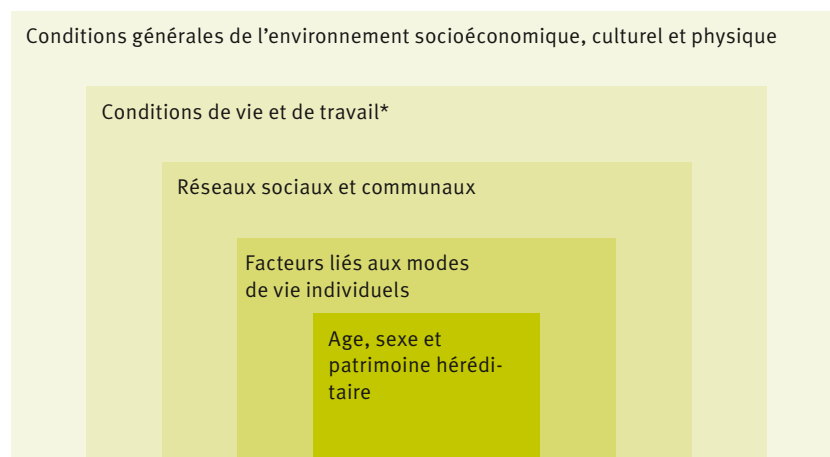
- comportements et styles de vie de l'individu,
- soutien social et réseaux sociaux de l'individu, qui peuvent être soit bénéfiques, soit préjudiciables pour la santé,
- conditions de vie et de travail, accès aux infrastructures et aux services,
- environnement économique, culturel et physique, comme le niveau de vie ou le marché du travail.¹⁶

La recherche en matière de santé publique met en évidence les relations de cause à effet dans le milieu social, comme l'importance des inégalités sociales ou des différences selon le sexe, mais également des déterminants sociaux tels que les médias ou le marketing. Les mesures de santé publique concernent l'influence de ces déterminants sur la santé, pour peu que l'on puisse agir sur ces déterminants et les modifier. Les déterminants sociaux sont donc un indicateur pertinent pour la promotion de la santé et la prévention.¹⁷

Figure 2

Déterminants fondamentaux de la santé

(La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008. Genève 2009).



* Agriculture et production de denrées alimentaires, Formation, Milieu professionnel, Chômage, Eau et équipements sanitaires, Services de santé, Conditions de logement

Mesures étatiques d'intérêt public: Il est du devoir des organismes de santé publique, des spécialistes et des organisations professionnelles de proposer aux acteurs étatiques des mesures qui contribuent de façon prouvée à limiter la charge de problèmes sanitaires et sociaux: ce genre de mesures doit avant tout viser à renforcer la santé, à garantir plus d'années de vie en bonne santé, à éviter les maladies chroniques et ainsi à améliorer la qualité de vie. Ces mesures étatiques influencent la demande et l'offre, réduisent les facteurs négatifs, assurent la protection de certaines catégories de population (notamment les populations socioéconomiquement défavorisées) et réglementent l'accès aux offres de traitement et de thérapie. Suivant le type de problème ou d'addiction, des mesures policières ou d'ordre public et diverses formes de réduction des risques peuvent être intégrées à cette palette d'outils étatique. Dans certaines circonstances, ces mesures peuvent limiter la liberté d'action et de consommation de l'individu et imposer des contraintes aux acteurs économiques, notamment par la réglementa-

tion de l'accès et de la vente. En revanche, ces mesures donnent à de nombreuses personnes concernées la possibilité d'être en meilleure santé, d'être prises en charge et de se réinsérer socialement.

Intégration de la prévention structurelle et comportementale: Les mesures de santé publique visent à établir un lien constant entre les mesures structurelles («prévention structurelle») et les mesures individuelles («prévention comportementale»). Cette approche de santé publique intégrée répond aux problèmes de santé rencontrés dans les sociétés modernes : les individus ne peuvent développer leur capital santé que s'ils ont prise en compte sur les facteurs qui influencent leur santé.¹⁸ Les champs d'action principaux d'une telle stratégie sont les suivants :

- un environnement social favorable,
- l'accès à toutes les informations essentielles,
- le développement de compétences pratiques et
- la capacité pour chaque personne de prendre par elle-même des décisions en rapport avec sa santé.

Dans ces différents champs d'action, on considère que les mesures les plus importantes sont celles qui visent à renforcer les ressources et le potentiel permettant à l'individu de se maintenir en bonne santé. Lorsqu'il est question dans le présent rapport de «mesures de santé publique intégrées», cela renvoie à l'interaction entre mesures de prévention structurelle et mesures visant au développement des compétences nécessaires à la santé et à la vie courante. Dans le cadre des addictions, cela signifie par exemple que de telles mesures ne concernent pas uniquement les consommateurs (interdiction de conduire en état d'ébriété), mais également les producteurs (réglementation du marché, par exemple interdiction de publicité grand public pour les médicaments qui font fréquemment l'objet d'un usage abusif ou qui peuvent engendrer une accoutumance ou une dépendance)¹⁹. Cependant, il est possible de donner plus d'importance à l'un ou à l'autre de ces types de mesures selon le champ d'action concerné.

Intégration de la santé dans tous les domaines politiques: Les causes des problèmes aussi bien que les tentatives de les régler sont du ressort de nombreux domaines politiques. C'est pourquoi une politique des addic-

tions axée sur une approche de santé publique doit pouvoir prendre en compte des décisions relevant de différents domaines politiques. Ces décisions peuvent être consciemment appliquées dans une perspective de politique de la santé, comme cela peut-être le cas en politique fiscale, dans le droit douanier, par la réglementation du marché ou par des mesures pénales. Ce genre de décisions peut également avoir des répercussions sur la politique des addictions, comme la réglementation de la publicité télévisée transnationale. Dans la politique de la santé, on appelle ce genre d'approche «*santé dans tous les domaines politiques*». ²⁰ La forte imbrication des mesures de santé avec les décisions politiques implique que bon nombre de ces mesures peuvent être appliquées uniquement si elles obtiennent une majorité politique fondée sur un consensus social à propos des priorités à fixer et des méthodes à employer.

Contexte social

Une compréhension poussée des interactions entre l'individu, le milieu social et les substances psychoactives ou les comportements problématiques est cruciale pour mener à bien une politique des addictions fondée sur une approche de santé publique. Voici trois évolutions sociopolitiques essentielles qui doivent être intégrées au cadre de référence pour qu'il soit viable sur le long terme : *disponibilité de l'offre, accélération du rythme de vie et virtualité*. Leur influence sur le développement de nouveaux modes de consommation est indubitable. Il existe des études scientifiques détaillées sur chacune de ces évolutions, qui ne peuvent être présentées que brièvement dans ce rapport. ²¹

Disponibilité de l'offre: l'omniprésence de l'offre de consommation

La Suisse est l'un des pays les plus riches du monde; elle offre à ses habitants un niveau de vie élevé, une longue espérance de vie et la possibilité de faire de nombreux choix de vie. Une caractéristique de notre société revêt un intérêt particulier dans la perspective de la politique des addictions: la large disponibilité des biens de consommations et des services.

Le principe du 24h/24 – 7j/7 s’installe peu à peu en Suisse. Ce principe, associé à des évolutions technologiques comme l’Internet et les paiements électroniques permet non seulement une satisfaction simple et rapide des besoins, mais crée également une incitation permanente à la consommation.

Les sociétés modernes sont axées sur la croissance et l’augmentation de la consommation: marketing, mécénat, événements, médias, publicité et mécanismes de fixation des prix sont conçus et modifiés de sorte à encourager à consommer aussi fréquemment et aussi facilement que possible.²² On peut en citer quelques exemples: les prix forfaitaires pour encourager la consommation de boissons alcooliques, la libéralisation du marché des jeux de hasard, les offres d’alcool et de tabac à bas prix ou la disponibilité de l’alcool 24h/24 et 7j/7 dans les stations-service des autoroutes.²³ Quelles que soient les substances psychoactives, leur facilité d’accès influe clairement sur l’ampleur de l’utilisation qui en est faite.

Le boom des épiceries de proximité

Selon une étude suisse, les commerces de détail de petite taille aux horaires d’ouverture étendus, tels que les boutiques des stations-service, gares et aéroports ainsi que les kiosques, ont généré en 2009 un chiffre d’affaires de 4,5 milliards de francs, ce qui représente 10 % du commerce alimentaire de détail. Les leaders dans le domaine ont atteint des taux de croissance allant de 10 % à 40 % et prévoient de continuer à développer leurs offres.²⁴

Une société dans laquelle l’offre de consommation se fait de plus en plus dense et variée oblige de plus en plus les individus à s’autoréguler, autant dans leur vie personnelle que dans leur rôle de consommateur sur un marché omniprésent. Bon nombre de consommateurs sont dépassés par la situation, sans pour autant qu’on puisse rejeter la faute sur eux. Alors que, du côté des fournisseurs, on met souvent en relation choix entre un grand nombre de produits et liberté, aisance, des études récentes prouvent

que la corrélation entre l'élargissement de l'éventail des choix et l'amélioration du bien-être individuel est loin d'être évidente dans les sociétés modernes aisées.²⁵

Non seulement les individus, mais encore les Etats sont sollicités par ces changements: il n'est plus possible de régler tous les problèmes uniquement par des mesures prises au niveau national. D'une part, la libéralisation et la mondialisation des marchés ont contraint certains pays à supprimer des réglementations justifiées par des raisons de politique sanitaire, comme cela a été le cas de la Suède et de la Finlande lors de leur adhésion à l'Union européenne, l'UE exigeant le libre accès aux marchés. L'assouplissement des restrictions sur la publicité en Suisse s'explique par des motifs économiques semblables. D'autre part, les politiques nationales de santé doivent de plus en plus s'aligner sur les accords européens ou internationaux, tels que la Convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac ou les accords internationaux sur la politique des drogues. De même, l'ouverture des frontières et la facilité d'accès à Internet permettent le développement du marché gris et du marché noir. En outre, le marché légal, le marché illégal et le marché gris deviennent de plus en plus difficiles à distinguer, ce qui comporte des conséquences sanitaires: l'OMS affirme que les traités de commerce international ne tiennent pas suffisamment compte des conséquences sanitaires de la circulation des marchandises mondialisée.²⁶ L'agence anti-drogue de l'ONU met en garde contre une nouvelle baisse du prix des drogues en raison de l'ouverture de nouvelles routes d'acheminement en direction de l'Europe qui rendent le transport meilleur marché.

Accélération du rythme de vie: les conséquences du rythme de vie et de la mobilité

L'accélération du rythme de vie ressentie par l'individu, en rapport avec l'augmentation de la mobilité et l'informatisation du quotidien, a été identifiée par plusieurs études comme un facteur augmentant le risque d'abus de substances psychoactives.²⁷ Les personnes qui n'arrivent pas à suivre l'accélération du rythme de vie sont susceptibles d'être victimes de problèmes d'addictions. Cette constatation est valable non seulement

Les défis lancés par la virtualité ne cessent de prendre de l'ampleur

pour les cas de stress professionnel,²⁸ mais également pour ceux qui ont peur de perdre leur poste. Pour résister à cette pression et maintenir leur performance, les individus ont de plus en plus recours à différentes substances, de la caféine, de l'alcool et de la nicotine jusqu'aux médicaments et aux substances psychoactives. Après les somnifères, les calmants et les antidouleurs, les antidépresseurs font partie des médicaments les plus consommés aujourd'hui par les salariés.²⁹ Les substances auxquelles on a recours pour faire face aux situations de grand stress se caractérisent par leur efficacité à court terme. Par exemple, quand ils sont sous pression, les nicotinodépendants ressentent encore plus le besoin de fumer. Une des dernières tendances observées est l'utilisation croissante de médicaments psychotropes pour optimiser les performances, un phénomène connu sous le nom de «neuroenhancement».³⁰ Malheureusement, les données disponibles sur l'usage de ce genre de substances sont encore très limitées.

Virtualité et connectivité: un espace anonyme et sans limites

L'influence des médias de masse sur l'usage de substances psychoactives a déjà été largement étudiée.³¹ Par contre, les chercheurs en savent moins sur le rôle que joue le développement de l'Internet sur l'usage de substances et le comportement en mettant à disposition en permanence des contenus et des services d'une manière perçue comme anonyme. L'Internet est particulièrement connu pour une forte stimulation des sens.³² Les défis lancés par la virtualité d'Internet et des ordinateurs ne cesseront de prendre de l'ampleur ces vingt prochaines années; pour l'instant, on commence à peine à saisir les implications de cette évolution en matière de politique de la santé.³³ Deux types d'évolutions se révèlent inquiétants aujourd'hui déjà du point de vue de la politique sanitaire: l'utilisation excessive du média en soi, notamment pour des jeux en ligne, l'élargissement de l'offre de jeux de hasard comme le poker, qui présentent un fort potentiel addictif, et le commerce de médicaments basé sur Internet, qui simplifie l'accès à des médicaments d'habitude délivrés sur ordonnance uniquement, qui peuvent ensuite être utilisés de manière abusive. Selon

Par **neuroenhancement**, on comprend l'ensemble des manières d'améliorer les capacités psychiques ou l'état psychique de personnes considérées comme en bonne santé. Ce terme désigne également l'administration à des fins non médicales de médicaments conçus pour des patients souffrant de démence, de dépression, de troubles de l'attention ou de narcolepsie. Aux Etats-Unis notamment, on remarque une croissance de l'usage «non thérapeutique» de psychotropes depuis la fin des années 1980.¹³³

Une politique des addictions efficace tient compte de la réalité des milieux de vie

des estimations de l'Organisation mondiale de la santé, environ 50 pour cent des médicaments vendus en ligne seraient contrefaits, ce qui rend toute utilisation abusive encore plus dangereuse.³⁴

Quant à la cyberaddiction, son évolution est encore mal connue : selon des estimations, la Suisse compterait plus de 70 000 cyberdépendants et plus de 110 000 personnes en danger de le devenir.³⁵ Il n'existe pour l'instant pas d'étude plus fiable sur le nombre de personnes concernées ni sur les causes et les conséquences de cette addiction.

Perspectives

Dans notre société, on trouve un large spectre de modes de consommation et de comportement, allant d'un faible risque jusqu'à un risque élevé, voire à des conséquences nocives pour la santé. Les modes de consommation sont fortement influencés par les médias et par des techniques de séduction et de vente sans cesse améliorées. L'augmentation de la disponibilité et l'élargissement de l'éventail des choix de consommation pour tout type de produits, l'accélération des modes de vie et de travail et le développement galopant de la virtualité dans le domaine de la consommation et de la communication quotidienne fixent un cadre sociopolitique entièrement nouveau pour la politique des addictions. Il ne sera possible d'orienter et de concevoir une politique des addictions efficace que si l'on tient compte des changements sociaux, de la réalité des milieux de vie et des nouvelles questions éthiques qui se posent.



3 La situation actuelle en Suisse

A chaque substance sa politique des addictions

La politique des addictions de la Confédération est fondée sur les prescriptions de la Constitution fédérale,³⁶ en particulier sur les articles portant sur l'alcool (art. 105, qui fait allusion aux effets nocifs de la consommation d'alcool), sur les impôts à la consommation spéciaux (art. 131, qui fonde l'impôt sur le tabac) et sur la protection de la santé (art. 118, qui comprend aussi les stupéfiants). Cette segmentation est le reflet de l'évolution historique de la politique suisse des addictions (cf. chapitre 1), qui est divisée en trois domaines, chacun en lien avec une substance donnée. Le Conseil fédéral a nommé une commission fédérale différente pour les problèmes liés à l'alcool, au tabagisme et aux stupéfiants. Les recommandations de ces Commissions bénéficient d'un soutien politique très variable étant donné qu'elles touchent non seulement à toute une série d'intérêts économiques, mais encore aux différentes convictions des acteurs politiques. Ainsi, même si la preuve scientifique des risques pour la santé et du potentiel addictif d'une substance ou d'un comportement est faite, il est difficile de prendre en main ces problèmes de manière prosaïque. De plus, bon nombre de décisions importantes pour la politique des addictions sont prises dans d'autres domaines politiques (cf. chapitre 5).

Alcool: En ce qui concerne l'alcool, c'est avant tout la Confédération qui s'occupe des effets nocifs de la consommation de boissons alcooliques. Le cadre légal de la question des spiritueux est défini dans la Loi sur l'alcool.³⁷ Une partie des revenus de l'impôt sur l'alcool («dîme de l'alcool») est redistribuée aux cantons en vue de la lutte contre l'alcoolodépendance, l'abus de substances psychoactives et de médicaments ainsi que la consommation problématique. En outre, les dispositions portant sur les boissons alcooliques sont réparties dans différentes lois et ordonnances (p. ex. Loi sur les denrées alimentaires,³⁸ Loi sur la radio et la télévision³⁹ et Loi sur la circulation routière⁴⁰). La réglementation de l'activité des cafetiers-restaurateurs et de leurs horaires d'ouverture relève de la compétence des cantons. Au moyen du *Programme national alcool* (PNA) 2008–2012, le Conseil fédéral tente de donner une orientation stratégique à la politique de l'alcool en Suisse et de coordonner les activités des nombreux services et organisations impliqués à tous les niveaux fédéraux.

Toutes les substances interdites ne sont pas potentiellement plus dangereuses que les substances légales

Tabac: Il existe aussi un *Programme national tabac* (PNT) pour la question du tabagisme. Par contre, il n'existe pas de mandat constitutionnel sur les effets nocifs du tabagisme, comme c'est le cas pour l'alcool, ou sur la protection de la santé, comme pour les stupéfiants. Il n'y a pas non plus de loi sur le tabac. Les différentes réglementations sur le tabac sont réparties dans diverses lois et ordonnances (p. ex. Loi sur les denrées alimentaires,⁴¹ Loi sur la radio et la télévision,⁴² Loi sur le travail⁴³ et Ordonnance sur le tabac⁴⁴). Parallèlement aux mesures prises sur le sujet ces dernières années dans le monde entier, la discussion sur la nocivité du tabagisme tant pour les fumeurs que pour les fumeurs passifs s'est intensifiée en Suisse aussi. Des initiatives populaires et des interventions parlementaires ont déjà restreint les possibilités de fumer dans de nombreux cantons, suite à quoi l'Assemblée fédérale a adopté une Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif,⁴⁵ entrée en vigueur le 1^{er} mai 2010, qui laisse la porte ouverte à des réglementations plus strictes au niveau cantonal.

Drogues illégales: Dans le domaine des stupéfiants, c'est la Loi sur les stupéfiants⁴⁶ qui définit la politique fédérale. Ce sont particulièrement les scènes ouvertes de la drogue observées dans différentes villes suisses au début des années 1990 qui ont lancé des débats politiques très polémiques. Depuis lors, le modèle des quatre piliers constitutif de la politique de la drogue a été accepté par la société lors de différentes votations communales, cantonales et fédérales. Les grandes lignes de la position actuelle du Conseil fédéral sont consignées dans le Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue 2006–2011 (ProMeDro III).

Bien que le sujet ait été largement discuté dans la société, les drogues sont restées illégales même après la révision de la Loi sur les stupéfiants en 2008. Pourtant, la différence de traitement ne peut pas être justifiée par le fait que toutes les substances interdites comportent un potentiel de dangerosité plus grand pour la santé que les substances légales. Par contre, l'illicéité de substances données entraîne des conséquences spécifiques pour les personnes qui les consomment, entre autres leur criminalisation, leur stigmatisation et leur exclusion. En outre, sur un marché illégal, il est impossible d'ajouter des mesures de réglementation telles que la répression

Politique des quatre piliers: Définition des quatre principaux champs d'action dans la politique suisse en matière de drogues:

Prévention: Empêcher le début de la consommation de drogues et le développement d'une addiction

Thérapie: Faciliter l'abandon de l'addiction, promouvoir l'intégration sociale et la santé des personnes traitées

Réduction des risques: Créer les conditions nécessaires pour une consommation individuelle et sociale de drogues moins problématique afin d'en limiter les répercussions négatives sur les personnes concernées

Répression: Elaboration de mesures pour faire appliquer l'interdiction des drogues illégales

38

de la production, de la vente et de la consommation. Par exemple, il est impossible de contrôler la qualité des substances offertes et leur potentiel de dommages. De plus, il devient bien plus difficile de mettre en œuvre des mesures de prévention, de thérapie et de réduction des risques étant donné que les consommateurs sont difficilement accessibles.

Addictions sans substance: Pour l'instant, les dépendances sans substance ne sont prises en considération que très partiellement dans la politique suisse. Par exemple, l'addiction au jeu est abordée dans la Loi sur les maisons de jeu⁴⁷ et dans la Convention intercantonale sur la surveillance, l'autorisation et la répartition du bénéfice des loteries et des paris. Au niveau fédéral, il n'existe pas actuellement d'autre loi, ni même de programme ou de mesure relatifs aux autres types d'addictions sans substance. Néanmoins, on trouve quelques initiatives isolées aux niveaux cantonal et communal et ce sujet commence à faire l'objet de discussions dans les milieux professionnels concernés.

Pharmacodépendance: Il n'existe pas de politique fédérale qui se penche en détail sur la question de la pharmacodépendance, alors que le produit des ventes de certains médicaments pouvant potentiellement entraîner un usage abusif ou une dépendance augmente régulièrement en Suisse.⁴⁸

Des structures politiques séparées

Les situations et les évolutions très inégales entre ces différents domaines se reflètent également dans les structures spécifiques mises en place. Dans la politique suisse, toutes les substances, ou presque, sont traitées indépendamment les unes des autres, dans des unités administratives, des commissions d'experts et des organisations professionnelles différentes. Chaque volet politique est traité dans un réseau d'associations sociales, d'organisations professionnelles et d'unités administratives à l'intérieur des structures fédérales qui ne travaillent jamais, ou rarement, ensemble. Même les différences géographiques et culturelles sont significatives. De nombreux conflits d'intérêts barrent le chemin à une approche

cohérente et commune. La distinction entre substances légales et il-légales et la politique des quatre piliers finissent même par se faire mutuellement du tort. Il est donc indispensable de collaborer afin de rendre cette approche politique plus cohérente.

Points communs stratégiques

Aujourd'hui déjà, les programmes existants dans les domaines de l'alcool, des drogues et du tabac comportent un certain nombre de ressemblances au niveau de leur contenu et de leurs stratégies, notamment en ce qui concerne la perspective de santé publique adoptée, qui englobe aussi bien des mesures structurelles qu'individuelles. Les trois Commissions ont pris des positions très claires à ce sujet. Ces points communs peuvent servir de fondations pour une politique durable des *addictions*.

Pour tous les programmes, on peut faire les remarques suivantes :

- ils s'insèrent aujourd'hui déjà dans une approche commune de santé publique. L'individu et sa responsabilité ne font pas seuls l'objet de ces programmes. Les mesures structurelles ainsi que la responsabilité de la société dans son ensemble sont considérées comme tout aussi nécessaires à prendre à compte,
- ils partagent une même perspective de santé publique eu égard au rôle de l'Etat et à la nécessité de son intervention. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les mesures prises dans d'autres domaines politiques. Ces programmes n'entrent pas seulement en œuvre là où commence la consommation: ils reconnaissent tous l'importance de la prévention,
- ces programmes n'interviennent pas seulement là où commence la dépendance, car des effets nocifs pour la santé, autant pour l'individu que pour la société, peuvent survenir sans qu'il ait de véritable dépendance, selon les substances psychoactives ou les comportements en jeu. Dans le cas du tabac, par exemple, tous les modes de consommation impliquent des risques pour la santé, tandis que, dans le cas de l'alcool, ces risques commencent avec la consommation problématique,
- ils mettent tous en œuvre des séries de mesures différentes en soulignant l'importance de la cohérence du processus.

L'approche de santé publique dans les trois Commissions fédérales consacrées à la politique des addictions

Programme national tabac 2008–2012

«*Responsabilité sociale*: Les fumeurs ne mettent pas seulement en danger leur propre santé, mais également celle d'autrui (tabagisme passif). La consommation de tabac n'est pas seulement une affaire privée, mais elle présente un défi à la société entière.»

Programme national alcool 2008–2012

«C'est la *perception sociale largement répandue* de l'alcool comme étant un bien de consommation prétendument ordinaire qui conduit beaucoup de personnes à perdre le recul et la capacité de jugement lucide nécessaires. Le potentiel réel de dangerosité de l'alcool est donc trop souvent méconnu.»

«La politique en matière d'alcool vise davantage la réduction des conséquences négatives de la consommation pour les *proches* et pour la *société*.»

Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue 2006–2011

«Tant le processus aboutissant à une dépendance que les conséquences de celle-ci sont de nature individuelle. De manière générale, on peut cependant dire que la toxicodépendance entraîne une perte de contrôle sur certains aspects du comportement et peut conduire à des problèmes sanitaires, psychiques, sociaux ou économiques, tant pour la *personne concernée* elle-même que pour son *environnement plus ou moins proche*.»

Les connaissances scientifiques et leur perception politique ne se recoupent pas entièrement

Vers une politique cohérente

La politique suisse des addictions, à l'heure actuelle encore segmentée par substance, a atteint des objectifs différents dans les domaines de l'alcool, du tabagisme et des drogues illégales. Indépendamment les uns des autres, les trois Commissions fédérales chargées de politique des addictions ont de plus en plus inscrit leur travail dans une approche de santé publique. Toutefois, la politique des addictions n'est pas encore assez cohérente, ce qui diminue son efficacité et nuit à sa crédibilité, notamment parce qu'elle n'est pas toujours axée sur la gravité des conséquences que peuvent avoir pour la santé et la société la consommation de substances ou les divers types de comportements à potentiel addictif. Dans la politique suisse des addictions, les connaissances scientifiques, les recommandations des spécialistes, la perception de celles-ci et leur application politique ne se recoupent pas entièrement. Comme l'a prouvé l'expérience faite dans l'actuelle politique des addictions, les changements et les découvertes ne se transforment qu'à grand-peine en action politique.

Néanmoins, il est essentiel de comprendre les spécificités de chaque domaine. En effet, les concepts de la politique des quatre piliers sont compris et appliqués de manière différente, voire pas du tout, selon le domaine concerné. Ainsi, pour le tabac et l'alcool, il est principalement question de réglementation, et non pas de répression: dans ces domaines, l'accent est placé surtout sur une approche préventive par la réglementation du marché. Dans le contexte des substances psychoactives légales, répression et interventions policières sont réservées aux cas de remise interdite à des jeunes ou de consommation inadaptée à la situation, par exemple de conduite en état d'ébriété. En outre, l'intervention de la police sert au maintien de l'ordre public, par exemple lors de manifestations sportives liées à une forte consommation d'alcool. La notion de réduction des risques n'est pas utilisée dans le contexte du tabagisme, alors qu'elle est incontournable dans le domaine des drogues illégales et qu'elle prend de plus en plus d'importance dans le cadre de la politique en matière d'alcool.

Quelques contradictions subsistent dans le débat politique (cf. chapitre 5): d'une part, toute forme de réglementation du marché suscite un certain scepticisme au sein de puissants groupes d'intérêts, qui y voient souvent une limitation des libertés individuelles; d'autre part, l'argument des libertés individuelles est immédiatement rejeté quand on propose de supprimer la distinction entre les substances légales et illégales. Ces oppositions limitent la cohérence de l'action par rapport aux modes de consommation problématiques et à risque. C'est d'autant plus le cas dans les nouveaux domaines de la politique des addictions comme celui des comportements addictifs.

L'évolution des modes de consommation (cf. chapitre 4) déplace les problèmes existants – une éventualité à laquelle la politique des addictions actuelle n'est pas suffisamment préparée. En revanche, l'approche de santé publique permettrait d'anticiper le déplacement de ces problèmes, puis de l'aborder de manière ciblée, cohérente et crédible, ce qui renforcerait les effets positifs sur la santé de la politique des addictions et sa crédibilité.



4 **Domaine d'application**

du cadre de référence Défi addictions

Jusqu'à présent, la politique suisse des addictions, tout comme l'opinion publique à ce sujet, était focalisée sur la question de la dépendance et sur ses conséquences (cf. chapitre 3). Pourtant, les conséquences de la consommation problématique de substances récréatives et psychoactives touchent une bien plus grande part de la population que la dépendance diagnostiquée. Sur la base des découvertes de chercheurs sur les addictions et la santé publique, le *rapport Défi addictions* propose d'élargir le champ de la politique des addictions. La politique des addictions doit désormais englober trois nouvelles orientations, qui sont explicitées ci-après : aller *au-delà de la dépendance, au-delà du statut légal et au-delà des substances psychoactives*. La préposition «au-delà» reflète justement un élargissement de perspective : il n'est pas pour autant question de décréter que toutes les substances à usage récréatif créent une dépendance, ni de réglementer tous les comportements potentiellement nocifs.

Au-delà de la dépendance

Nouveaux modes de consommation, nouveaux groupes concernés, nouveaux produits et nouveaux marchés

Ce n'est pas forcément la dépendance diagnostiquée qui est à l'origine de la plupart des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de substances psychoactives. L'approche de santé publique élargit le champ thématique de la politique des addictions en dépassant le concept trop restrictif de dépendance dans le but d'intégrer toute la diversité des modes de consommation, des groupes concernés, des phénomènes de mode ou des évolutions des marchés, légal comme illégal.

Nouveaux modes de consommation

Il n'existe pas de société sans substances récréatives ni substances psychoactives. La consommation de diverses substances satisfait toute une palette de besoins individuels et sociaux (cf. chapitre 1) et les types de comportements correspondants sont le résultat de l'interaction entre

l'individu, la société et la substance psychoactive. Les découvertes suivantes sont confirmées par la recherche sur le cerveau : la dépendance est le résultat d'un processus dans lequel entrent en jeu des facteurs biologiques, psychiques et sociaux (cf. chapitre 1 et 2).

Les modes de consommation sont en perpétuelle évolution, que ce soit sur le marché légal comme sur le marché illégal. Le *Rapport mondial sur les drogues 2009*⁴⁹ signale que la demande mondiale de cocaïne, d'opiacés ou de cannabis se stabilise, voire s'infléchit, sur les plus grands marchés mondiaux de la consommation. Par contre, la production et la consommation de drogues de synthèse est en augmentation. Parmi ces drogues de synthèse, on classe les amphétamines, dont les différents dérivés sont devenus célèbres sous le nom de « speed » ; l'ecstasy, utilisée principalement lors de soirées ; ou le crystal, drogue stimulante. Même les motifs de consommation de substances légales et illégales changent. Aujourd'hui, on assiste de plus en plus à la consommation de plusieurs substances psychoactives soit en alternance, soit simultanément. Par exemple, un nouveau profil de « consommateur à risque » non dépendant à l'alcool se dessine : ce sont surtout de jeunes hommes, même si le nombre de consommatrices à risque augmente lui aussi.⁵⁰

Ces nouveaux modes de consommation ne reflètent pas uniquement la grande disponibilité des biens de consommation et des services : dans nos sociétés plurielles, on construit son identité à travers les produits et les substances que l'on consomme autant que par le milieu et les groupes dans lesquels on évolue ou par les attentes de la société. Les consommateurs de substances psychoactives les utilisent à des fins très précises : ces substances ont été intégrées au monde du travail, à la culture du plaisir, aux temps de loisir et aux groupes auxquels ils ont le sentiment d'appartenir.

De plus, le marché légal et illégal aussi bien que l'Etat influencent les modes de consommation en diffusant de la publicité ou des informations qui proposent des substances psychoactives, en réglementent l'accès ou les interdisent. La publicité, notamment, en raison de l'influence qu'elle exerce sur la consommation et sur les modes de consommation, est devenue un objet central de la politique sanitaire. Les dirigeants de l'industrie du divertissement ainsi que les médias, par leur mandat d'information,

De nombreuses perceptions de l'addiction se révèlent désuètes ou incorrectes

contribuent aussi à la diffusion et à la banalisation de la consommation problématique et de la consommation à risque. L'offre, les incitations à la consommation, les groupes d'utilisateurs et les modes de consommation s'influencent mutuellement. C'est pourquoi les mesures prises dans le domaine de la politique des addictions doivent tenir compte autant du milieu, et de l'offre, que des consommateurs et de la demande.

La consommation de substances psychoactives se diversifie de plus en plus, en parallèle avec l'évolution du profil des consommateurs. De nombreuses perceptions de l'addiction se révèlent donc désuètes ou incorrectes, notamment en ce qui concerne la classe sociale, le sexe et l'âge des usagers (cf. chapitre 5). Dans de nombreuses sociétés, par exemple, on constate que l'alcoolodépendance et la consommation de drogues augmentent avec l'âge: d'une part, les consommateurs actuels prennent de l'âge et, d'autre part, ils se retrouvent dans de nouvelles situations personnelles qui débouchent sur de nouveaux modes de consommation. Les certitudes quant aux différences entre les sexes sont également ébranlées: en Suisse, parmi les jeunes de 15 ans qui fument, on trouve presque autant de filles que de garçons. Déjà par le passé, la consommation d'alcool des femmes s'était accrue, et aujourd'hui, par exemple, de plus en plus de jeunes garçons souffrent d'anorexie.⁵¹ Par ailleurs, une grande partie des consommateurs ont recours à plusieurs substances psychoactives en même temps, notamment pendant leur temps libre ou en rapport avec la pratique d'un sport. On observe également la combinaison de comportements addictifs et de modes de consommation problématiques ou de dépendances à une substance; c'est ce que l'on observe par exemple dans le cas de l'ingestion de stimulants pour ne pas s'endormir pendant une partie de jeu en ligne ou avec la forte présence de fumeurs dans les casinos.⁵²

Voici quelques exemples de nouveaux modes de consommation:

- consommation d'alcool excessive épisodique ou chronique chez une minorité de jeunes (liée en partie à de nouvelles formes sociales de consommation dans les lieux publics comme les botellones, ou beuveries collectives, et les *Harassenläufe*, courses dont le but est de parcourir une certaine distance tout en buvant de l'alcool; augmentation du nom-

bre de cas d'ivresse chez de très jeunes buveurs; en revanche, recul de la consommation d'alcool chez la majorité des jeunes;

- augmentation de la consommation de boissons à base de caféine ou de taurine, parfois mélangées à l'alcool;
- nouvelles offres et nouveaux modes de consommation de nicotine en raison de l'évolution des perceptions du tabagisme;
- nouveaux modes de consommation de drogues illégales en raison de la chute du prix de substances comme la cocaïne et l'héroïne;
- importation et consommation de produits psychoactifs naturels comme la *Salvia Divinorum* (ou sauge des devins);
- médicalisation de la vie quotidienne par l'utilisation croissante d'analgésiques, d'hypnotiques, de calmants, de stimulants, de coupe-faim, d'antidépresseurs, de narcotiques et de neuroleptiques ainsi que d'autres médicaments psychotropes;
- consommation problématique de narcotiques et de narcoleptiques dans le milieu de la vie nocturne;
- usage de substances visant à optimiser la performance pendant les jours ouvrables en contrepartie des substances consommées le week-end à des fins de loisir et de sensation;
- consommation de produits industriels bon marché et facilement accessibles comme les solvants (p.ex. GBL/GHB) pour leurs effets euphorisants.

Evolutions et nouveaux défis en Suisse

Consommation d'alcool

Environ un million de Suisses ont une consommation d'alcool problématique, qui est occasionnelle pour les trois quarts d'entre eux («consommation excessive ponctuelle»). Approximativement 100 000 femmes et hommes boivent trop d'alcool de manière chronique, mais 155 000 personnes ont une consommation chronique à risque avec des excès ponctuels. En revanche, la consommation totale d'alcool par habitant en Suisse est en baisse.⁵³

Le pourcentage de cas d'ivresse épisodique chez les jeunes (cinq verres d'alcool ou plus à la même occasion, au moins trois fois au cours du mois précédent) a certes légèrement diminué, pour la pre-

48

mière fois depuis longtemps, entre 2003 et 2007, mais n'en reste pas moins élevé chez les jeunes de 16 ans (presque 18 % pour les garçons contre 8 % pour les jeunes filles). En outre, en 2007, trois quarts des jeunes de 13 ans avaient déjà consommé de l'alcool au moins une fois, et la moitié d'entre eux même dans les trente jours précédant l'enquête.⁵⁴

Tabagisme

Le pourcentage de fumeurs est en baisse depuis 2001 pour atteindre actuellement à peu près un quart des 14–65 ans.⁵⁵ Presque la moitié des jeunes de 14 ans avouent avoir déjà fumé au moins une cigarette (environ 50 % des garçons et 47 % des filles).⁵⁶

Drogues illégales

D'une manière générale, la consommation de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy a augmenté au cours de la dernière décennie. Actuellement, on estime que 20 % de la population de plus de 15 ans a déjà consommé du cannabis (24 % pour les hommes, 15 % pour les femmes). Les expériences de consommation ont également augmenté pour la cocaïne (de 1,6 % à 2,8 %) et pour l'ecstasy (de 1,0 % à 1,8 %).

Les jeunes hommes consomment toujours plus de cannabis que les jeunes femmes (respectivement 11,5 % et 5,1 %). Mais là aussi, les chiffres de consommation se sont stabilisés et sont même en recul chez les écoliers.⁵⁷ Le nombre d'expériences des drogues dures a augmenté chez les jeunes hommes, tandis qu'il est resté stable chez les jeunes femmes.⁵⁸

Consommation de médicaments

L'utilisation de somnifères et de tranquillisants par la population suisse s'est légèrement accrue entre 2002 et 2007 (somnifères: de 2,3 % à 2,8 %; tranquillisants: de 2,4 % à 2,6 %). L'augmentation de la consommation de somnifères par les femmes de plus de 70 ans est particulièrement marquée (2002: 11,3 %; 2007: 14,2 %).⁵⁹

Addiction aux jeux de hasard

En 2007, le pourcentage de résidents en Suisse qui sont ou ont été des joueurs pathologiques («prévalence des joueurs pathologiques à vie») est estimé à 1,1 % de la population entre 18 et 98 ans; quant aux joueurs problématiques, ils constituent environ 2,2 % de la population.⁶⁰ En 1998, ces pourcentages étaient respectivement de 0,8 % et de 2,2 %.⁶¹

Bon nombre de modes de consommation ne touchent pas seulement les populations à problème

Nouveaux groupes concernés

La population ne se répartit pas simplement en consommateurs et non-consommateurs de substances psychoactives. Entre dépendance et abstinence, il existe une grande diversité de modes de consommation de substances psychoactives et de comportements à potentiel addictif qui touchent des groupes sociaux extrêmement divers (reflétant la pluralité de notre société) et non seulement les populations à problème (cf. chapitre 5). Certains comportements et modes de consommation (notamment vis-à-vis de l'alcool) font partie intégrante de rites sociaux traditionnels.

La plupart des modes de consommation se mettent en place pendant la jeunesse et sont fortement liés au passage à l'âge adulte, d'où la vulnérabilité particulière de cette tranche d'âge.⁶² Certains types de consommation contribuent à la constitution d'une identité de groupe, d'autres sont plus particulièrement influencés et encouragés par les producteurs et les offrants, les médias et les nouveaux moyens de communication. Selon une enquête du centre zurichois de consultation pour la jeunesse, «Streetwork», seuls 5 pour cent des interviewés n'auraient jamais consommé de substances psychoactives en soirée, tandis que 50 pour cent en consommeraient occasionnellement et 45 pour cent à chaque sortie.⁶³ La question du genre ne doit pas être négligée étant donné que des différences de taille apparaissent entre les sexes dans les modes de consommation, les comportements à risque, la fréquence de la consommation de substances ou de certains types de comportements et dans les comportements addictifs. Par exemple, les hommes sont plus touchés que les femmes par la cyberaddiction et les jeunes femmes souffrent plus souvent de troubles alimentaires (tels que l'anorexie) que les jeunes hommes.

Il est nécessaire de prêter une attention particulière aux groupes de consommateurs vulnérables, comme les enfants qui grandissent dans des familles touchées par des problèmes d'addiction ou les personnes âgées, dont la consommation problématique ou la dépendance est moins visible et qui ont souvent trop honte pour l'avouer.

Nouveaux produits et nouveaux marchés

Les produits disponibles autant sur le marché légal qu'illégal influencent les modes de consommation et créent de nouvelles tendances. Un exemple actuel pourrait être la croissance de l'offre de tournois de poker (notamment en ligne), qui ne sont à présent plus classés parmi les jeux de hasard, mais parmi les jeux d'adresse afin d'attirer un public plus large.⁶⁴ Lorsque de nouvelles offres de ce type apparaissent, les bases légales pour y faire face manquent et le flou qui règne autour de la répartition des compétences sert leur diffusion immédiate. D'une part, la pression exercée par l'apparition incessante de marchés et de produits nouveaux oblige à repenser chaque fois la question des bases légales; d'autre part, elle donne l'impression d'une sorte de frénésie réglementaire de la part de l'Etat, ce que les fournisseurs apprécient souvent et encouragent même parfois.

Voici quelques exemples de produits et de marchés nouveaux:

- boissons mixtes comme les alcopops et les bières prémélangées, qui ciblent de nouveaux groupes de consommateurs, notamment les jeunes femmes;
- accessibilité et disponibilité des boissons alcooliques vendues dans les boutiques des stations-service 24h/24-7j/7, offre de boissons alcooliques à des prix réduits dans les hard discounters;
- nouveaux produits de substitution nicotinique;
- nouvelles drogues récréatives;
- vente non réglementée de médicaments sur Internet, qui encourage l'abus de médicaments;
- augmentation de l'utilisation détournée de produits thérapeutiques destinés à optimiser les performances cérébrales et abus de médicaments prescrits dans le traitement des démences séniles et de la maladie de Parkinson.

Au-delà du statut légal

Un potentiel de dommages et d'addiction au quotidien

Les dommages potentiels engendrés par une substance psychoactive et les dommages réels qu'elle cause ne dépendent pas uniquement de son statut légal. D'une manière générale, les substances légales ont des conséquences bien plus graves sur la santé que les substances illégales. Il en va de même pour leurs répercussions sociales et économiques sur la famille et la société. C'est la raison pour laquelle une approche de santé publique renonce à la distinction entre substances légales et illégales, qui est peu efficace du point de vue de la politique sanitaire. En outre, une politique durable des addictions tient compte de l'abus de médicaments et des nouveaux produits pharmacologiques d'optimisation des performances physiques et psychiques en plus de l'alcool, du tabac et des drogues illégales, ce qui pose de nouvelles questions en matière de réglementation.

Distinction entre substances psychoactives légales et illégales

La Suisse occupe une position pionnière dans le domaine des drogues illégales avec sa politique pragmatique des quatre piliers. Toutefois, le plus grand défi aujourd'hui pour l'ensemble de la société et pour la politique de la santé réside principalement dans la consommation problématique de substances en vente légale; la Suisse a clairement besoin de rattraper son retard dans ce domaine. Cette question concerne autant la législation sur le tabac que sur l'alcool. Une substance légale comme l'alcool est largement disponible dans la vie quotidienne, est présentée comme un produit récréatif et une marque de style, et généralement très bien acceptée dans la société malgré son potentiel de risque et d'addiction. Pour les politiciens, les producteurs et les distributeurs ainsi que pour une bonne partie des consommateurs, ces produits ne relèvent pas vraiment, voire pas du tout de la politique des addictions. Ces substances légales peuvent parfois comporter un plus grand ensemble de conséquences négatives sur le corps, l'esprit et l'entourage social que les drogues illégales, sur lesquelles se focalise souvent le débat médiatique.⁶⁵ Les répercussions négatives sur la santé sont également plus importantes (cf. chapitre 2).

Une politique
des addictions
cohérente
doit englober
l'ensemble
des substances
psychoactives

Nouvelle orientation de la politique des addictions à l'étranger

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies rapporte que certains pays européens ont commencé à élargir la portée de leur politique en matière de drogues et d'addictions. Ils ne différencient plus drogues légales et illégales, prennent en considération les addictions comportementales et tiennent compte de l'existence de différents modes de consommation. Ces pays s'appuient également sur une approche de santé publique et sur les résultats de la recherche dans le domaine des addictions.⁶⁶

Le débat sur la distinction entre substances légales et illégales ne cesse de revenir sur la table dans tous les pays.⁶⁷ En parallèle, on constate l'évolution permanente des concepts d'addiction et de drogue dans la population, comme l'a montré la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants, acceptée avec 68 pour cent de oui. Cette votation a ancré la politique des quatre piliers et le traitement avec prescription d'héroïne dans la loi – deux thèmes qui étaient encore hautement controversés au début des années 1990. Depuis lors, un grand nombre de votations cantonales ont introduit une protection contre le tabagisme passif – évolution qui a été intégrée dans la nouvelle loi fédérale (cf. chapitre 5). La question de l'ordre public soulevée par certaines conséquences de la consommation d'alcool (violence dans les stades, consommation de boissons alcooliques dans les lieux publics) remet le débat sur la disponibilité de l'alcool au goût du jour.

Il semble y avoir un large consensus sur la nécessité d'offrir, selon les situations, des solutions de réduction des risques, de thérapie et de traitement individuelles comme à l'échelle de la société. Par contre, la proposition d'adapter le statut légal des substances psychoactives à leur nocivité et non plus à des conceptions morales déterminées historiquement ne fait pas l'unanimité (cf. chapitre 1). Pourtant, une politique des addictions cohérente doit dépasser la politique des drogues illégales et englober l'ensemble des substances psychoactives, qu'elles soient légales ou illégales.

La problématique des médicaments doit faire partie intégrante de la politique des addictions

Abus de médicaments

En sus des substances légales et illégales traditionnelles, il est nécessaire d'élargir la conception de substance psychoactive au domaine des médicaments. Trois types de médicaments sont particulièrement concernés: les tranquillisants, les analgésiques et les stimulants. Les benzodiazépines font partie de la famille des tranquillisants et des sédatifs, les médicaments psychoactifs les plus prescrits. Ils présentent un fort risque de dépendance. Les analgésiques font partie de la classe de médicaments la plus utilisée avec un risque d'abus conséquent. Bien que l'utilisation problématique de médicaments reste pour l'instant un problème principalement féminin, une nette augmentation du phénomène se dessine dans la population masculine. Cependant, il n'existe aucune étude en Suisse qui se penche précisément sur l'abus de médicaments chez les hommes.

Là encore, la politique des addictions doit aller au-delà de la dépendance aux médicaments telle qu'elle est définie selon des critères médicaux. En 1999, une étude suisse sur l'usage des médicaments a démontré qu'une grande partie des personnes interrogées (39 pour cent) prenaient des médicaments alors même qu'elles déclaraient avoir une autoreprésentation positive de leur santé (90 pour cent des personnes interrogées se disaient en bonne santé). La prévention des maladies est de plus en plus mentionnée comme l'une des raisons essentielles de la prise de médicaments. Le second motif invoqué est le traitement de problèmes de santé mineurs comme les troubles du sommeil, les troubles digestifs, le stress et les tensions internes.⁶⁸

Les répercussions de la consommation problématique de médicaments n'étaient jusqu'ici pas encore prises en compte par la politique des addictions. L'existence d'une zone grise entre les remises de médicaments légales et illégales ne facilite d'ailleurs pas cette tâche. Cet aspect nécessaire dans une politique durable des addictions se heurte également à de puissants intérêts économiques. Néanmoins, il suffit de jeter un coup d'œil aux chiffres pour comprendre que ce domaine doit faire partie intégrante de la politique des addictions.

Consommation problématique de médicaments en Suisse

En 2002, 7 % de la population suisse consommait quotidiennement des antidouleurs, des somnifères ou des tranquillisants.⁶⁹

Quelle que soit leur classe d'âge, les femmes sont plus nombreuses à prendre chaque jour des médicaments que les hommes du même âge. Cette différence se renforce particulièrement avec l'âge: tandis que 8,1 % des hommes de plus de 75 ans déclarent avoir pris un somnifère quotidiennement au cours des sept jours précédant l'enquête, c'était le cas de 16,9 % des femmes du même âge, soit plus du double.⁷⁰

Entre 2005 et 2007, les médicaments représentaient le problème principal ou un problème secondaire chez 15 % des patients admis dans un centre résidentiel spécialisé dans les addictions. Dans la plupart de ces 180 cas, il s'agissait de benzodiazépines (hypnotiques et tranquillisants).⁷¹ Il est évident là encore que la consommation problématique dépasse largement la véritable dépendance.

Substances visant à l'amélioration des performances

En marge de l'utilisation de médicaments légale et fidèle aux prescriptions se profile une nouvelle tendance au détournement de produits thérapeutiques à des fins d'optimisation et de modification des performances physiques, sexuelles et psychiques. Certes, ces types d'utilisation des médicaments ne sont pas nouveaux, mais ils prennent de tout autres dimensions dans les sociétés modernes en raison du développement de la pharmacologie et de la commercialisation de ces produits. Ainsi, des produits augmentant la performance sexuelle ne sont plus utilisés uniquement comme traitement médical de l'impuissance, mais également pour améliorer les performances et les sensations de jeunes hommes en bonne santé: il ne s'agit dès lors plus de thérapie, mais d'optimisation des performances.⁷²

Un autre exemple de cette tendance est le dopage, qui a fait son apparition non seulement sur la scène internationale du sport de compétition, mais également sur le marché du sport de masse et du fitness, où des substances interdites ou utilisées de manière abusive sont employées dans le but d'obtenir de meilleures performances physiques ou de transformer le

corps. Les risques pour la santé sont notables, notamment dans le cas des stéroïdes anabolisants, utilisés à haute dose et sans contrôle médical par des hommes fréquentant des clubs de fitness, comme le montre une étude allemande.⁷³

Effets de différentes substances psychoactives et de substances consommées à des fins d'optimisation des performances⁷⁴

Alcool: relaxation, euphorie, désinhibition, mais également augmentation de l'agressivité et plus forte propension à la violence⁷⁵

Amphétamines: effet stimulant sur le système nerveux central (libération d'adrénaline, de noradrénaline et de dopamine), renforcement de la confiance, augmentation de l'agressivité, augmentation des capacités de concentration, diminution de la sensation de fatigue

Caféine: effet stimulant sur le système nerveux central, accélération du pouls, amélioration de la concentration

Méthylphénidates (nom de marque: Ritaline): effet stimulant sur le cerveau, amélioration de la concentration et de l'attention, diminution de l'hyperactivité motrice et de l'impulsivité grâce à un meilleur contrôle des pulsions, accélération du rythme cardiaque et augmentation de la pression artérielle, diminution de la sensation de fatigue

Modafinil: diminution de la sensation de fatigue, augmentation de l'attention, amélioration des performances physiques et psychiques

Nicotine: diffusion de neurotransmetteurs et d'hormones dans le cerveau. En cas d'accoutumance, effet stimulant à petite dose, calmant à forte dose, amélioration de la concentration jusqu'au niveau des non-nicotinodépendants,⁷⁶ inhibition de l'anxiété, de la colère et de l'agressivité, relaxation, atténuation de la fatigue, accélération du rythme cardiaque et élévation de la pression artérielle, etc.

Les différentes possibilités d'augmenter les performances cérébrales sont encore souvent très controversées. Pour l'instant, il n'existe pas de données assez exhaustives sur la question ni en Europe ni en Suisse. Aux Etats-Unis en revanche, on sait qu'environ 25 pour cent des étudiants ont recours, pour augmenter leurs aptitudes, à des médicaments soumis à ordonnance qui améliorent la motivation, les capacités d'attention, de concentration et de contrôle. Le même genre d'usage de médicaments est déjà documenté en Suisse: en 1999, un cinquième des personnes interrogées reconnais-

saient avoir déjà utilisé des médicaments pour améliorer leurs performances quotidiennes.⁷⁷ Les scientifiques en savent encore trop peu sur les répercussions pour la santé de l'usage à des fins dopantes de médicaments prévus pour d'autres buts (usage hors indications). Il manque notamment des informations fiables sur les effets secondaires à long terme de ce genre de pratiques. Les répercussions sociales doivent également être incluses dans la discussion sur le flou existant entre thérapie et optimisation des performances. Les experts estiment que ces tendances annoncent à long terme le développement d'un grand marché – légal comme illégal – de substances servant au neuroenhancement.⁷⁸ Par exemple, le développement de substances en vue du traitement de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences apparentées recèle aujourd'hui déjà un potentiel d'utilisation abusive dans l'optique d'améliorer les performances cognitives.⁷⁹

Optimisation des performances, smart drugs et dopage

Un sondage réalisé dans les clubs de fitness allemands en 1998 a révélé que 24 % des hommes avaient fait un usage abusif de substances anabolisantes.⁸⁰

Une enquête menée par la revue scientifique *Nature* auprès de 1400 chercheurs dans 60 pays a rapporté que 20 % d'entre eux avaient déjà pris au moins une fois des médicaments visant à améliorer leur capacité de concentration. Parmi eux, 25 % en consommaient en moyenne une fois par semaine et 25 % quotidiennement.⁸¹

Environ 5 % des salariés augmentent leurs performances psychiques par la prise de médicaments (sondage DAK réalisé auprès de 3000 salariés entre 20 et 50 ans). Les femmes se tournent plus facilement vers des stabilisateurs d'humeur comme les antidépresseurs tandis que les hommes consomment plus fréquemment des médicaments améliorant la concentration comme la Ritaline. Parmi eux, 75 % justifiaient l'utilisation de ces médicaments par des raisons médicales; en revanche, le quart restant y avait recours sans nécessité médicale. 17 % des personnes interrogées ont reconnu avoir utilisé une fois au moins une substance pour améliorer leurs capacités ou leur état psychique.⁸²

La production mondiale de Ritaline a été multipliée par cinq entre 1990 et 1997; en Suisse, la quantité de Ritaline utilisée est passée de 14 kg à plus de 100 kg entre 1996 et 2000.⁸³

Au-delà des substances psychoactives

Potentiel de dommages et d'addiction de certains types de comportement

Tant les études scientifiques que la pratique prouvent que le risque de dépendance et d'atteinte à la santé existe aussi dans le cas de certains comportements comme le jeu pathologique. On observe également une comorbidité élevée entre les comportements addictifs et la dépendance à une substance. La recherche en la matière est encore toute récente, néanmoins, il semble déjà nécessaire de développer des mesures préventives et thérapeutiques dans ce domaine. Une politique des addictions cohérente et durable doit inclure aussi les addictions sans substance (comportements addictifs ou addictions comportementales).

Dans la langue courante, le concept d'«addiction» n'est pas employé pour désigner uniquement les dépendances à une substance psychoactive, mais également de nombreux types de comportements perçus comme excessifs, disproportionnés ou déviants par rapport à la norme sociale (cf. chapitre 1). Tous ces types de comportement ne sont pas forcément des addictions, mais ils peuvent tout à fait être considérés comme problématiques ou dissimuler d'autres troubles.⁸⁴

Critères de définition des comportements addictifs

Dans la CIM-10,⁸⁵ l'OMS définit des critères diagnostiques clairs pour le syndrome de dépendance ou pour la dépendance classique à une substance (cf. chapitre 1). Trois critères principaux de la dépendance sont mis en avant : la perte de contrôle, la dépendance physique et les conséquences sanitaires et sociales. Il n'existe pas encore de consensus scientifique autour de critères similaires pour les comportements addictifs. Pour l'instant, seul le «jeu pathologique» est reconnu et défini comme un comportement addictif d'un point de vue clinique, or même dans ce domaine déjà bien étudié apparaissent des défis radicalement nouveaux lancés par l'Internet. La recherche en matière d'addictions doit encore clarifier et approfondir un grand nombre de concepts dans ce domaine.

Les addictions sans substance sont également nommées **comportements addictifs**. L'addiction s'exprime par différents types de comportements qui peuvent être nuisibles à la santé ou peuvent entraîner de graves conséquences sociales. Parmi les plus connus se trouvent l'addiction au jeu, l'addiction aux achats, la cyberaddiction et les troubles de la conduite alimentaire comme l'anorexie (anorexia nervosa), la boulimie (avec vomissement ou prise de purgatifs) et la boulimie sans vomissement. Les addictions sans substance se développent de manière similaire aux addictions avec substances.

58

La recherche actuelle prouve néanmoins que les comportements addictifs se distinguent par des caractéristiques spécifiques : désir puissant ou compulsif, difficulté à contrôler son comportement voire perte de contrôle, tolérance accrue, apparition d'un syndrome de sevrage, désinvestissement des obligations professionnelles, scolaires et sociales et poursuite du comportement malgré des conséquences négatives. Sur la base de ces critères, on parle par exemple de plus en plus de « cyberaddiction ». De même, dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, on postule que certains types de comportement excessifs sont comparables aux addictions à une substance du point de vue de leur fonctionnement : les comportements addictifs déclenchent des processus cérébraux similaires aux addictions liées à une substance puisqu'ils renforcent les processus de récompense naturels comme la libération de dopamine, qu'il s'agisse de substances psychoactives ou de comportements comme l'addiction aux achats, au jeu ou au travail.⁸⁶

**Comportements addictifs :
estimations sur l'ampleur du phénomène**

Selon des estimations, 5 % de la population suisse souffrirait d'une addiction aux achats. Les femmes seraient deux fois plus touchées par ce problème que les hommes avec respectivement 6 % et 3 % de cas. On recense également 33 % de personnes ayant une tendance à un comportement d'achat incontrôlé.⁸⁷

Aux Etats-Unis et dans les pays germanophones, l'addiction au sexe toucherait entre 3 % et 6 % de la population. Cette addiction concernerait environ quatre fois plus les hommes que les femmes.⁸⁸

Selon d'autres estimations, 1 % à 2,3 % de la population suisse serait cyberdépendante, et autant serait en danger de le devenir.⁸⁹

En 2007, 0,5 % de la population suisse entre 18 et 98 ans étaient considérés comme des joueurs pathologiques; 0,8 %, des joueurs présentaient un comportement de jeu à risque.⁹⁰

Le *rapport Défi addictions* suggère d'examiner la nécessité d'agir par rapport aux addictions sans substance, aussi bien au moyen de la prévention et de la réglementation du marché que de la thérapie et de la réduction des risques. De pre-

mières études en la matière prouvent que les comportements addictifs peuvent avoir des conséquences sanitaires et sociales tout aussi graves que la dépendance aux substances psychoactives. Il existe également des modes de consommation problématiques dans lesquels la dépendance à une substance et la dépendance sans substance se complètent l'une l'autre. Dans le domaine des dépendances sans substance, la prévention structurelle et la prévention comportementale se complètent aussi bien que dans le cas des dépendances à des substances psychoactives légales. Bien entendu, la grande disponibilité de l'offre joue un rôle important. Depuis peu, les jeux d'argent sur Internet deviennent des marchés mondiaux importants qui aspirent à la libéralisation et cherchent à être reconnus pour être plus facilement accessibles. On retrouve ici aussi le besoin de recourir à différentes formes de réglementation, y compris à des mesures juridiques comme la légalisation, la fixation de limites d'âge et l'introduction de taxes d'incitation. Il est intéressant de noter que, dans de nombreux pays européens, les revenus du monopole d'Etat sur le marché des jeux de hasard sont injectés dans des projets sociaux qui servent entre autres à la prévention des addictions.

60



5 Orientation stratégique

du cadre de référence Défi addictions

L'élargissement du champ de réflexion de la politique des addictions (cf. chapitre 4) ne peut avoir de conséquences positives que s'il se reflète également dans son application concrète, ce qui implique de modifier l'orientation stratégique de toute la politique suisse des addictions. Le but poursuivi par la politique de santé est diminuer la charge de problèmes ou de la maintenir à un niveau aussi bas que possible (cf. chapitre 2). Les moyens disponibles pour atteindre cet objectif sont la prévention comportementale, la prévention structurelle et la réduction des risques, dont font partie le renforcement des facteurs de protection et l'élimination des facteurs négatifs.

L'approche de santé publique permet ici aussi d'aborder la problématique d'une manière systématique et fondée sur des preuves: elle englobe des mesures qui interviennent autant au niveau de l'offre que de la demande. Elle comprend également les mesures relevant de la promotion de la santé qui précèdent les politiques des addictions spécifiques. En outre, elle veille à intégrer les autres domaines politiques qui peuvent influencer sur les addictions. Sur cette base, le *rapport Défi addictions* propose donc trois grandes orientations stratégiques: aller *au-delà de la responsabilité individuelle*, *au-delà de la protection de la jeunesse* et *au-delà des mesures de politique sanitaire*. La préposition «au-delà» reflète de nouveau cet élargissement de perspective.

Au-delà de la responsabilité individuelle

Mesures structurelles et développement des compétences

Si les mesures individuelles sont importantes, elles ne suffisent pas à diminuer la charge de problèmes, comme le démontre la recherche en santé publique. Une politique durable des addictions vise à influencer autant sur la demande que sur l'offre. Si nécessaire, elle introduit aussi des mesures de réduction des risques. De plus, elle cherche à promouvoir les facteurs de protection en créant des conditions adéquates. Les personnes souffrant

Il y a toujours
au moins
un fournisseur
qui profite
de la
transaction

d'un syndrome de dépendance ont le droit à un traitement et à une prise en charge médicale, car la dépendance est une maladie et non pas une faiblesse personnelle. Les proches, le partenaire et les enfants doivent pouvoir eux aussi bénéficier d'une aide. Les enfants et les jeunes, qui se constituent comme de futurs adultes, ont des besoins spécifiques et doivent être protégés du détournement de ces besoins par des publicités et des mesures de marketing ciblées.

Mesures structurelles

Le débat actuel sur la politique des addictions reste en grande partie déséquilibré. Les modes de consommation problématiques et leurs conséquences (p. ex. l'ivresse ponctuelle, les violences domestiques causées par l'alcool, les nuisances de la fumée passive pour des tiers ou la criminalité liée à l'acquisition de drogues) sont perçus par le monde politique et par une grande partie de la population davantage comme des problèmes relevant de comportements individuels fautifs que comme le résultat de modèles façonnés par la société. De plus, on rejette souvent la responsabilité sur le milieu familial. En revanche, on s'attarde peu sur l'influence du marketing et du commerce de substances psychoactives légales. On met plus en avant les aspects positifs de la création de valeur que ses répercussions sanitaires, sociales et économiques. Ces réflexions procèdent toutefois d'une certaine logique: dans tous les cas de consommation de substances ou de comportement addictif, il y a au moins un fournisseur qui profite de la transaction. Cette observation est également valable pour l'addiction aux jeux de hasard et de plus en plus pour les comportements addictifs liés à l'Internet. Une politique durable des addictions doit donc développer des mesures ciblant deux groupes d'acteurs: les consommateurs et les fournisseurs. De ce fait, les stratégies de santé publique dans le domaine de l'addiction sont toujours appliquées autant au niveau de l'offre que de la demande.

Le débat sur la politique des addictions débouche donc toujours sur un conflit opposant responsabilités individuelles et collectives. De la même façon, s'opposent le devoir de l'Etat de protection de la santé et la liberté

b4

économique. Ainsi, l'Etat autorise la présence sur le marché de produits nocifs pour la santé pour respecter la liberté économique et en encourage parfois même la production par des subventions. En parallèle, il mène une politique de la santé active, dans le but de protéger l'intérêt général, pour éviter que ces mêmes produits ne soient consommés (dans le cas du tabagisme) ou qu'ils ne causent des dommages (comme l'alcool). Dans cette dynamique, d'une part, on reconnaît à l'individu une grande liberté de choix, comme le veulent les principes fondamentaux d'un Etat démocratique; d'autre part, on oublie que les compétences d'action individuelles varient grandement d'une personne à une autre et que les structures d'offre visent à encourager la consommation.

**16 millions de francs pour la prévention du tabagisme –
16 millions de francs pour la culture indigène de tabac**

En 2008, les ventes de cigarettes ont fait entrer 16 millions de francs dans les caisses du fonds de prévention du tabagisme, qui finance des mesures préventives visant à empêcher les individus de commencer à consommer du tabac, à encourager ceux qui veulent arrêter de fumer et à protéger la population du tabagisme passif. Toujours en 2008, les ventes de cigarettes ont apporté presque 16 millions de francs au fonds destiné à promouvoir la culture indigène du tabac, fonds qui soutient les quelque 350 agriculteurs qui cultivent le tabac en Suisse.⁹¹

Même en cas de maladie, la culpabilisation de l'individu entre en contradiction avec l'offre thérapeutique prévue par la société pour tout individu sans nulle discrimination, par exemple dans le débat sur les cotisations pour l'assurance-maladie et le remboursement des frais de traitement. Cependant, il est aussi nécessaire de se poser la question des coûts engendrés pour la société dans son ensemble.

Coûts sociaux engendrés par la consommation de substances psychoactives et l'addiction au jeu

La consommation de tabac engendre 10,0 milliards de francs de coûts sociaux par année, dont 12 % sont des coûts directs (système de santé, police et justice), 38 % des coûts indirects (invalidité, perte de travail) et 50 % des coûts immatériels (diminution de la qualité de vie pour les personnes concernées et les tiers).⁹²

Les coûts sociaux de la consommation d'alcool s'élèvent à 6,5 milliards de francs par année, dont 11 % de coûts directs, 23 % de coûts indirects et 66 % de coûts immatériels.⁹³

Quant aux coûts sociaux de la consommation de drogues illégales, ils s'élèvent à 4,1 milliards de francs par année, dont 34 % de coûts directs, 56 % de coûts indirects et 10 % de coûts immatériels.⁹⁴

Enfin, les jeux de hasard dans les casinos suisses coûtent 70 millions de francs à la société par année (coûts immatériels non compris). En revanche, on estime que seuls 20 % des joueurs présentant un comportement problématique ou pathologique jouent dans des casinos.⁹⁵

Dans une société libérale, il n'est ni possible ni souhaitable d'avoir prise sur tous les risques possibles. Le droit des citoyens de faire leurs propres choix de vie doit être respecté, même s'ils décident de se nuire à eux-mêmes. Les intérêts de l'économie aussi doivent être reconnus. Toutefois, là où la santé de la population est mise en danger, il est du devoir d'un Etat libéral et social d'intervenir, même s'il doit imposer certaines restrictions. Ces interventions de l'Etat sont bien mieux acceptées dans la politique des transports et dans la prévention des accidents que dans la politique des addictions. Les deux exemples de la politique pragmatique de la Suisse en matière de VIH/sida et de la prescription médicale d'héroïne prouvent bien que, même dans des domaines très controversés, des interventions parlementaires concernant la santé publique peuvent engager un processus de réflexion sociale et contribuer à désidéologiser une problématique.

Cette discussion sur la responsabilité individuelle et ses dimensions politiques et éthiques n'est pas l'apanage de la politique des addictions, mais elle peut être transposée à la prévention et à la promotion de la santé dans leur ensemble. En revanche, la question de la responsabilité individuelle

66

Personne n'est seul responsable de sa santé

est particulièrement saillante dans le cadre de la politique des addictions. La liberté du citoyen est trop souvent confondue avec la liberté de choix du consommateur. Pour cette raison, l'accès aux boissons alcooliques 24h/24 ou la consommation d'alcool dans les lieux publics est prise pour l'une des libertés fondamentales du citoyen, alors qu'il ne s'agit que de la multiplication des possibilités de consommation et de leur disponibilité. Cette interprétation correspond au fait que le concept de «liberté» est compris aujourd'hui de prime abord comme une «liberté de contracter» ou une «liberté de commerce et d'industrie» dans le débat sur la politique de santé, liberté que l'on cherche à tout prix à maintenir ou même à élargir.

Promotion des compétences en matière de santé

Le rapport *Défi addictions* propose de se débarrasser du concept simpliste de responsabilité individuelle. Dans le domaine de la santé, il est de plus en plus important de parler de **coresponsabilité**. Personne n'est seul responsable de sa santé. Au contraire, chacun a besoin d'un grand nombre de compétences essentielles qui sont répertoriées dans *l'Enquête internationale sur la littératie des adultes* de l'OCDE.⁹⁶ Les compétences en matière de santé, désignant les aptitudes de l'individu à prendre au quotidien des décisions éclairées pour sa santé, prennent de plus en plus d'importance, notamment au domicile, dans la société, sur le lieu de travail, dans le système de santé et dans le positionnement politique. La société et le monde politique devraient encourager le développement des compétences des citoyens à assumer leur coresponsabilité dans la santé de leurs concitoyens. Le monde politique, pour sa part, se doit de soutenir des mesures dans d'autres domaines politiques que celui de la santé afin de promouvoir des comportements sanitaires responsables au moyen de mesures structurelles.

Du point de vue de la santé publique, le concept de «responsabilité individuelle» doit être dépassé et traité par différents secteurs qui se complètent mutuellement étant donné que la santé individuelle est une question qui concerne la société dans son ensemble. C'est pourquoi la compétence de chacun en matière de santé doit être complétée par une prise de conscience de la santé par la société:

Dans la prévention structurelle:

- Un entourage social qui aide les individus à agir dans le sens de la promotion de la santé est indispensable. D'autres acteurs sociaux doivent de plus en plus prendre leur responsabilité en faveur de l'intérêt général, ce qui vaut notamment pour l'application de certaines dispositions légales, comme la remise d'alcool à des mineurs. Néanmoins, cette responsabilité ne doit pas se limiter aux seules prescriptions légales, mais aller plus loin, par exemple dans le cas de l'encadrement des supporters lors de matchs de football. Par ailleurs, certains projets ciblent les pères de famille, figures centrales de l'identité masculine, dans l'espoir d'avoir un effet au sein même de la structure familiale.
- De leur côté, les acteurs de l'économie privée ont également de nombreuses possibilités de prendre leurs responsabilités, notamment par l'inscription d'indications sur les étiquettes, le contrôle des produits, des mesures de publicité et parrainage discrètes ou les restrictions de remise. Malheureusement, les expériences faites d'autorégulation des acteurs économiques effectuées dans le domaine des addictions ne sont guère encourageantes. Certains fournisseurs, notamment dans le secteur du tabac, n'ont recours à de telles mesures que pour donner le change. Toutefois, la réduction des risques peut aussi être pratiquée directement sur le terrain, comme en Nouvelle-Zélande, où les cafetiers-restaurateurs se portent garants de leurs clients et font en sorte que ceux d'entre eux qui ont trop bu ne prennent pas le volant. Il existe d'autres exemples de ce genre qui relèvent de la réduction des risques, comme l'organisation d'équipes pour raccompagner chez eux les consommateurs d'alcool qui ne souhaitent pas prendre le volant après avoir trop bu ou le concept social du « capitaine de soirée » (ou du conducteur désigné [*«designated driver»*] aux Etats-Unis).

Dans la prévention comportementale:

- Les individus ont besoin de ressources personnelles pour appuyer leur action en matière de santé. Il est donc nécessaire de mettre de plus en plus ces ressources à disposition. Ce aspect est pris en considération dans la prévention comportementale au moyen du modèle axé sur les compétences de vie, qui encourage le développement de la responsabilité

Les **modèles axés sur les compétences de vie** visent à développer chez les enfants et les jeunes des facteurs de protection qui limitent leur risque d'être un jour sujets à un comportement addictif ou violent s'ils sont exposés à certaines conditions de risque. Parmi ces compétences de vie, qui peuvent servir de facteurs de protection, on recense entre autres la résistance face à l'offre de consommation, les compétences en communication et les stratégies de résolution de problèmes.¹³²

individuelle.⁹⁷ Des études internationales d'efficacité ont démontré que les programmes axés sur les compétences de vie (*Life-skills-trainings*) étaient bénéfiques dans le cadre de la prévention comportementale.⁹⁸ Des programmes similaires sont menés pour les compétences en matière de gestion des risques et de santé: il est certes important d'avoir de bonnes compétences de vie, mais encore d'avoir une approche critique des substances psychoactives et des nouveaux médias comme l'Internet. Ce genre de programmes est de plus en plus offert dans les écoles et les institutions de jeunesse, dans les associations professionnelles et les organisations sous la forme de programmes de prévention des addictions non ciblés ou d'intervention précoce.⁹⁹ C'est déjà une réalité dans quelques cantons suisses; on devrait donc élargir cette offre en conséquence et en tirer profit.

Les ateliers consacrés aux compétences de vie permettent d'atteindre les écoliers qui se font remarquer par leur comportement et ne respectent pas les règles ou les limites. Une enquête réalisée auprès des enseignants ayant participé à ce genre de programmes a révélé qu'une amélioration du comportement avait été observée chez 62 pour cent des jeunes qui avaient suivi ces formations.¹⁰⁰ Un investissement à grande échelle dans des programmes de prévention mettant l'accent sur ces compétences serait le bienvenu en Suisse. Il est toutefois nécessaire de rappeler les discussions critiques menées depuis longtemps sur la forme de ces programmes: la question est de savoir s'il devrait s'agir principalement de «prévention de l'usage» (visant à empêcher la consommation) ou de «prévention de l'abus» (visant à empêcher la consommation problématique).¹⁰¹ Dans le cadre des débats en Suisse qui reconnaissent l'importance de réduire les risques liés aux drogues illégales et à l'alcool, on peut supposer que ces deux approches sont utiles et ont des partisans. Les informations épidémiologiques disponibles signalent assez clairement l'importance d'un axe d'enseignement préventif dès l'école primaire. Il est du ressort de la politique de créer les conditions nécessaires et de mettre à disposition les moyens correspondants.

Au-delà de la protection de la jeunesse

Des approches différenciées selon les populations concernées

Certes, l'importance de la protection de la jeunesse est incontestée dans la perspective de la santé publique. De nombreuses études montrent que la consommation problématique de substances psychoactives pendant la jeunesse peut avoir des conséquences extrêmement lourdes – constat qui peut vraisemblablement s'appliquer aussi aux addictions comportementales. Cependant, au vu de la charge de problèmes observée, la focalisation actuelle du débat sur la protection de la jeunesse donne une orientation stratégique et instrumentale trop limitée pour une politique des addictions tournée vers l'avenir, d'autant plus si l'on considère les grandes évolutions démographiques actuelles.

De nombreuses études prouvent que bon nombre de modes de consommation problématiques se mettent en place pendant l'enfance et la jeunesse et qu'ils peuvent avoir des répercussions particulièrement négatives à cet âge de la vie, selon les substances consommées.¹⁰² Dans le cas du tabagisme, par exemple, plus de 80 pour cent des fumeurs adultes ont commencé à être dépendants au tabac avant l'âge de 20 ans.¹⁰³ C'est pourquoi il est indispensable qu'une politique des addictions se fixe pour objectif principal la protection des enfants et des jeunes. Toutefois, elle ne doit pas en rester uniquement à ce stade : une politique ciblant principalement les jeunes ne s'attaque pas à cette problématique relevant de la politique sanitaire dans toute son ampleur. En outre, si la consommation et l'offre de substances sont réglementées dans une optique de santé publique, elles couvrent déjà une bonne partie des mesures indispensables à la protection de la jeunesse. C'est le cas par exemple de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. En raison de la grande accessibilité de nombreuses substances légales et illégales pour les jeunes aussi, l'application systématique des réglementations visant à protéger la jeunesse n'est pas seule indispensable. Les approches de réduction des risques (notamment lors de festivals et d'autres manifestations) et de promotion de la jeunesse, appliquées comme mesures préventives, sont également très importantes. La politique des addictions ne doit pas définir les jeunes comme groupe à

La focalisation du débat sur les jeunes offre une orientation stratégique et instrumentale trop étriquée

problème en soi, mais s'attacher à leurs particularités : les comportements à risque et le dépassement des limites sont quelques-uns des critères par lesquels ils s'identifient à ce groupe d'âge.

Le débat autour de l'alcool, actuellement focalisé sur le problème des jeunes, offre une orientation stratégique et instrumentale trop étriquée pour l'avenir. Les statistiques prouvent que la consommation problématique des adultes représente une charge bien plus lourde pour la société que celle des jeunes (coûts en termes de santé et d'accidents). De plus, cette orientation est souvent peu crédible, car les propositions d'action visent principalement les jeunes consommateurs, mais négligent la structure d'offre et l'exemple des adultes : pour les jeunes, la crédibilité des mesures est extrêmement importante. On parle par exemple plus des *botellones* des jeunes que de la consommation problématique des adultes lors d'événements particuliers, alors même que la consommation nocive et la consommation à risque existent à tous les niveaux de la société. C'est pourquoi une politique différenciée des addictions doit englober toute la diversité des groupes de consommateurs et des populations concernées : pour être efficaces, ces mesures doivent être adaptées aux tranches d'âge, aux classes sociales, au sexe et à tout autre critère pertinent d'un point de vue social.

Mesures spécifiques à l'addiction chez les personnes âgées

Des données statistiques pour la Suisse révèlent que 29 pour cent des 65–74 ans consomment de l'alcool tous les jours, que presque 20 pour cent des plus de 74 ans prennent quotidiennement des antidouleurs, des somnifères ou des calmants et que 20 pour cent des 55–65 ans fument.¹⁰⁴ L'évolution démographique se manifeste également en Suisse par l'augmentation du nombre de patients âgés dans les centres spécialisés en alcoologie et en toxicomanie. Chez les personnes âgées aussi, les problèmes d'addiction sont liés à des problèmes sociaux, même s'ils sont moins visibles que chez les jeunes et qu'ils sont généralement confinés à l'espace domestique.¹⁰⁵ Des circonstances de vie difficiles et des changements de situation brutaux (p. ex. départ à la retraite, décès de parents

ou de proches, perte d'indépendance) augmentent le risque d'être confronté à l'abus d'alcool ou de médicaments.¹⁰⁶ Les conséquences financières et sociales sont lourdes dans ces cas-là aussi. Des accidents (p. ex. des chutes causées par l'abus de substances) suivis par une admission précoce en maison de retraite représentent certes un poids financier pour le système de santé, mais nuisent avant tout à l'autonomie et à la qualité de vie des personnes concernées. Il faut également réfléchir à la question des comportements addictifs induits de manière systémique: le problème des coûts et le manque de personnel qualifié peuvent contribuer à augmenter le besoin de médicaments sédatifs.¹⁰⁷

A chaque tranche d'âge son mode de consommation

En 2007, les plus gros consommateurs de tabac étaient les 25–34 ans, avec 37 % de fumeurs, puis les 15–24 ans, avec presque 34 % de fumeurs. Le pourcentage de fumeurs diminue avec l'âge: tandis que 31 % des 45–54 ans fument encore, ce chiffre descend à 25 % chez les 55–64 ans et à 17 % chez les 65–74 ans. Les moins concernés étaient les plus de 75 ans avec 8 % de fumeurs.¹⁰⁸

Les 15–24 ans étaient les plus concernés par le problème de l'ivresse ponctuelle (20,6 %). Ce mode de consommation diminue progressivement avec l'âge. Chez les personnes plus âgées, on observe une augmentation de l'abstinence, de la consommation à faible risque et également de la consommation chronique à risque.¹⁰⁹

La consommation de médicaments augmente énormément avec l'âge: alors que seules 3,3 % des femmes entre 25 et 34 ans ont consommé quotidiennement des analgésiques dans les sept jours précédant l'enquête (3,2 % pour les hommes), elles sont 7,0 % chez les 45–54 ans (4,7 % pour les hommes) et 16,9 % chez les plus de 75 ans (7,2 % pour les hommes). L'usage de somnifères suit une évolution à peu près semblable.¹¹⁰

L'addiction aux achats a tendance à diminuer avec l'âge.¹¹¹

Mesures ciblant les populations socialement défavorisées

Bon nombre de maladies et de troubles de la santé apparaissent plus fréquemment parmi les populations socialement défavorisées, parfois avec des conséquences importantes pour la qualité de vie des personnes concernées et de leur famille. L'appartenance à une classe sociale joue également un rôle très important.¹¹² Les différences sociales sont d'ailleurs patentes dans les statistiques sur le tabagisme en Allemagne: non seulement les enfants et les jeunes socialement défavorisés fument plus, mais ils commencent également à fumer plus jeunes.¹¹³ Certains modèles explicatifs montrent du doigt les milieux à risque et le cumul de problèmes, c'est-à-dire le grand nombre de problèmes psychosociaux et environnementaux auxquels ces enfants et ces jeunes sont confrontés. Dans le cas de l'alcool également, il s'avère que le cumul des modes de consommation à risque (comme l'ivresse ponctuelle) et la consommation de cannabis sont bien plus fréquents chez les jeunes fréquentant les *Realschulen* (degré secondaire I professionnalisant) ou les classes *Sek C* (cycle d'orientation niveau C ou 3) que dans les classes de *Gymnasium* (collège). La population la plus menacée est la catégorie des jeunes hommes au chômage. Selon des études épidémiologiques récentes, il faut néanmoins noter que la santé psychique des jeunes s'est dégradée quelle que soit leur classe sociale.¹¹⁴ Des facteurs mous comme la capacité de nouer des liens, des relations, de faire des connaissances, la possibilité de recevoir de l'amour, du temps et de la chaleur humaine peuvent déterminer en partie les penchants d'un jeune pour la consommation de drogues. C'est pourquoi des mesures de protection de la jeunesse qui intègrent les jeunes et prennent en considération leurs besoins émotionnels sont de la plus haute importance.

Mesures adaptées aux personnes issues de la migration

Des études sur la prévention des problèmes d'addiction dans les populations immigrées fournissent des informations précieuses pour prendre des mesures efficaces. Ces études mettent notamment en évidence l'absence de conscience de la dangerosité des substances légales (tabac, alcool et médicaments) au sein des populations d'immigrés. Le concept d'addic-

tion est presque exclusivement utilisé dans le contexte des substances illégales (héroïne et cocaïne) et entouré de lourds tabous. L'information, le repérage précoce et le traitement en temps voulu sont difficiles, car beaucoup de familles préfèrent ne pas divulguer leur problème et tentent de le régler elles-mêmes. A ces états de fait s'ajoutent des problèmes de langue et d'intégration. Les immigrés ignorent souvent les offres qui sont à leur disposition et ne connaissent pas assez bien le système de santé suisse. Comme le prouvent un certain nombre d'expériences faites au niveau communal en Suisse, il est primordial d'avoir des contacts avec les femmes et les mères pour les informer sur la question des addictions.¹¹⁵ Les programmes élaborés doivent cibler les conditions de vie réelles de ces populations.

Mesures tenant compte des différences liées au genre

Femmes et hommes se distinguent nettement dans leur situation sociale et leur état de santé, dans leur usage des substances psychoactives et dans leur rapport aux comportements addictifs: tandis que les hommes ont généralement davantage tendance à la consommation problématique de substances psychoactives, les femmes sont en général davantage sujettes à la consommation problématique de médicaments. En ce qui concerne le tabagisme, les fumeuses ont dépassé les fumeurs en nombre dans un certain nombre de pays.¹¹⁶ Les motifs de consommation de substances addictives n'en sont pas moins différents pour les hommes et les femmes. Chez les femmes, la consommation est plus souvent liée aux fortes attentes concernant leur rôle social, à la multiplicité de leurs obligations, mais aussi à des expériences de violence continues ou des sentiments d'impuissance. Chez les hommes, la consommation peut être mise en relation avec les exigences de réussite professionnelle et personnelle et avec le sentiment d'être dépassé par des obligations familiales comme la paternité. Toutefois, les attentes concernant le rôle de l'homme et des représentations masculines réductrices et trop exigeantes prennent de plus en plus d'importance. Il est donc indispensable de tenir compte des réalités, des expériences, des ressources et des besoins spécifiques aux femmes et aux hommes.

L'un des aspects à prendre en compte est le fait que plus de femmes vivent avec des hommes souffrant d'addictions que l'inverse (en Allemagne, ce ratio est de 3 pour 1). Par conséquent, les femmes doivent plus souvent supporter et subir les conséquences de l'addiction de leur partenaire (p. ex. dettes, violences physiques, isolement). En outre, les femmes restent souvent bien plus longtemps avec un partenaire souffrant d'addiction que les hommes dans le cas inverse.¹¹⁷ Par ailleurs, en cas de grossesse se posent également des problèmes spécifiques puisque la consommation de différentes substances peut avoir des conséquences nocives sur la santé de l'enfant. Dans la plupart des programmes existant à l'heure actuelle, les spécificités liées au genre sont encore trop peu prises en compte – aspect qu'il convient de faire évoluer.

Influence du statut socioéconomique et du sexe

Les immigrés venant d'ex-Yougoslavie, du Portugal, du Kosovo, de Turquie et du Sri Lanka ont une consommation quotidienne d'hypnotiques, d'analgésiques et de tranquillisants nettement plus importante que les immigrés originaires d'Italie, d'Allemagne, d'Autriche et de France. D'ailleurs, ce dernier groupe se distingue à peine des Suisses dans sa consommation de médicaments.¹¹⁸

D'avantage d'hommes que de femmes consomment de l'alcool quotidiennement (20 % contre 9 %).¹¹⁹

On observe une corrélation positive entre la perception de son propre état de santé et la formation: 72 % des personnes ayant terminé leur scolarité obligatoire se disent en bon ou en très bon état de santé, alors que c'est le cas de 88 % des personnes ayant une formation au degré secondaire II, et de 93 % des personnes avec une formation de degré tertiaire.¹²⁰

Les femmes, les personnes âgées et les personnes à faible niveau de formation sont plus enclines à souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée. C'est le cas de 26 % des hommes et de 28 % des femmes, ainsi que de 14 % des 15–24 ans et de 48 % des plus de 75 ans. Seuls 26 % de la population ayant achevé une formation de degré tertiaire sont atteints par une maladie de longue durée, contre un tiers de la population n'ayant fréquenté que l'école obligatoire.¹²¹

Conclusions

Le rapport *Défi addictions* propose donc d'analyser les besoins de protection et les risques spécifiques à une tranche d'âge et à une cohorte ainsi que les critères socioéconomiques et socioculturels en évitant toute discrimination des personnes concernées. Les différents types de comportement et d'addiction, les différents modes de consommation de populations spécifiques doivent être analysés par un instrument de politique des addictions différencié. Dans ce but, il convient d'analyser les structures de l'offre et de les représenter de manière transparente, notamment en ce qui concerne l'incitation à la consommation. Cette manière de procéder sera simplifiée par l'implication des personnes concernées.

La politique des addictions doit être particulièrement attentive aux risques auxquels sont confrontés les enfants et les jeunes tout en évitant de les stigmatiser comme population à problème. Ces efforts ne concerneront pas uniquement les substances illégales, mais également la disponibilité, l'offre et la promotion des produits légaux (comme l'alcool et le tabac) et de plus en plus la question de l'Internet et de la virtualité.

Il s'agit de garantir l'accès de tous les types de populations mentionnés à la promotion de la santé, à la prévention, au dépistage précoce, à la thérapie et, le cas échéant, à la réduction des risques. C'est une condition essentielle à l'élaboration d'une politique des addictions fondée sur une approche de santé publique – même si elle demande des moyens financiers supplémentaires.

Enfin, une politique des addictions tournée vers l'avenir tente d'opérer un changement de normes sociales. Par exemple, l'objectif poursuivi peut être d'élever les non-fumeurs au rang de modèle social ou de diffuser de nouveaux comportements de consommation d'alcool récréative, ce à quoi peuvent tout à fait contribuer des campagnes de sensibilisation; le plus important, ce sont toutefois les mesures structurelles qui touchent l'ensemble de la société. Dans cette optique, par exemple, la suppression de l'interdiction de la publicité télévisuelle pour le vin et la bière transmet un message contradictoire du point de vue de la politique sanitaire: ce type de messages réduit la crédibilité d'autres mesures de prévention.

Une cohorte est un ensemble d'individus qui a vécu un même «événement fondateur» ayant des répercussions à long terme. Suivant l'«événement fondateur» choisi, il peut s'agir par exemple de cohortes d'âge ou de naissance, de mariage ou d'entrée dans la vie professionnelle. L'idée qui se cache derrière le concept de cohorte est le postulat que les membres d'une cohorte de naissance, par exemple, sont soumis à des influences culturelles et socioéconomiques similaires, qui se répercutent à un degré plus ou moins élevé sur leur parcours de vie. Lorsque c'est le cas, on parle d'effets de cohorte.¹²⁸

L'absence de mesures politiques est aussi une forme de politique des addictions

Au-delà des mesures de politique sanitaire

De la nécessité d'une politique plurisectorielle des addictions

Une politique durable des addictions se doit d'impliquer d'autres domaines politiques et d'encourager la coopération entre les niveaux communal, cantonal et fédéral. Elle doit envisager l'élargissement de son domaine d'application (cf. chapitre 4) et le rapprochement stratégique des différentes politiques des addictions, séparées jusqu'à présent. Elle doit également impliquer d'autres acteurs sociaux, comme l'économie et la société civile.

La politique des addictions actuelle est ancrée dans le domaine de la santé, et cela à juste titre. Cependant, elle passe déjà par d'autres domaines politiques, et notamment par la politique des prix et de l'imposition, la politique douanière, la politique des transports, les restrictions de vente et d'accès ainsi que par le contrôle des comportements individuels. La plupart du temps, ces politiques sont menées sous l'influence de responsables du secteur de la santé. L'absence de mesures politiques est aussi une forme de politique des addictions. Le lien étroit entre modes de consommation et structures d'offre montre clairement qu'une politique des addictions doit toujours trouver un dosage équilibré entre sensibilisation du public et intervention aux niveaux de la production, de l'offre et de la consommation. Dans une société qui offre un tel nombre de possibilités au consommateur, il est nécessaire d'accorder plus d'importance aux mesures influant sur l'offre: c'est de cette façon qu'il est possible d'encourager le choix sain d'un produit attractif, simple d'accès et bon marché. C'est souvent l'inverse qui se passe aujourd'hui, notamment en matière d'alcool. Et pourtant, on hésite encore à appliquer systématiquement à la politique en matière d'alcool les expériences cumulées en politique de prévention du tabagisme, alors que la politique des prix est reconnue comme l'un des facteurs principaux de la réduction de la consommation de tabac. L'augmentation significative de l'offre de bières à bas prix a

récemment ouvert le débat sur une thématique similaire. Désormais, on commence à envisager de fixer un prix minimal pour la bière en ayant recours à une argumentation relevant de la politique sanitaire et de la protection de la jeunesse. Cette mesure devrait contrer la chute du prix de la bière entraînée par la concurrence entre brasseries et entre les *hard discounters*.

L'intérêt des autres secteurs politiques devrait aller de soi étant donné que les coûts entraînés par les modes de consommation problématiques ne se chiffrent pas uniquement en dépenses dans le domaine de la santé, mais également en coût social pour les familles, en coût économique pour les entreprises et en dépenses en matière de sécurité publique. La figure suivante (3) montre avec l'exemple de la consommation d'alcool les domaines dans lesquels ces coûts peuvent se répercuter. De manière similaire, la consommation d'autres substances et certains comportements peuvent engendrer des coûts dans les quatre domaines représentés («famille/réseau social», «système de santé», «monde du travail» et «criminalité/ordre public»), même si cela peut prendre des formes et des proportions différentes.

Dans une perspective de santé publique, il serait nécessaire d'agir en coordonnant de manière équilibrée différentes mesures et les domaines politiques représentés ci-avant : *l'association entre différents types d'intervention et une démarche coordonnée augmentent à elles deux les chances de succès des mesures de santé publique dans le domaine des addictions*. Ces mesures peuvent aller des politiques sanitaires et sociales jusqu'à la limitation de l'offre et de la demande ou de la réglementation du marché, des mesures pénales et de la répression jusqu'aux politiques sociale, éducative et familiale et même à la réinsertion. Elles doivent être appuyées par l'offre de thérapie et de réduction des risques. Elles doivent également être adaptées en fonction de la substance, du comportement ou du groupe de consommateurs – c'est ce que la politique européenne désigne sous le nom de «*balanced approach*».¹²³

Figure 3

Conséquences potentielles de la consommation d'alcool sur le système de santé, le monde du travail, la criminalité et l'ordre public, la famille et le réseau social.¹²²



Réglementation: Pour la santé publique, la charge de maladie est un critère d'action décisif. Une politique durable des addictions doit proposer des mécanismes de réglementation différenciés en fonction de la nocivité des substances ou de certains types d'addictions comportementales. Ces mesures peuvent aller de la création de conditions cadre du marché légal (assurées par la menace d'amendes en cas d'infraction) à une réglementation plus globale de la production, du commerce et de la consommation (que l'on fait respecter par des peines privatives de liberté en cas d'infraction du côté de l'offre). Le renoncement au marché légal se justifie, même dans le cas de substances très dangereuses, uniquement si cette mesure est nécessaire pour protéger efficacement les mineurs et dans la mesure où une large réduction de l'offre paraît réaliste. Si cette réduction n'est pas à la hauteur des espérances, il convient d'examiner s'il ne serait pas plus efficace de prendre des mesures de réglementation du marché pour protéger les jeunes de la consommation nocive de substances psychoactives aujourd'hui illégales.

Répression: Suivant le potentiel de dangerosité des substances qui sont en jeu, la politique des addictions peut nécessiter des mesures policières et répressives: aucune politique des addictions n'est possible sans mesures répressives, car la réglementation du marché (et non seulement l'interdiction de la production, du commerce et de la consommation) doit être garantie par des mesures pénales et des sanctions, et ce non seulement vis-à-vis des consommateurs, mais aussi vis-à-vis des producteurs et des distributeurs.

Mesures de soutien: Il est crucial de prendre en considération certains aspects des politiques sociale, éducative et familiale ainsi que des mesures applicables au monde du travail ou aux temps de loisirs: les facteurs de protection et les facteurs négatifs ne sont pas répartis de manière équitable dans la société. Les enfants et les jeunes issus de classes sociales inférieures sont plus exposés aux facteurs négatifs que ceux qui sont issus de classes sociales supérieures.¹²⁴ La politique des addictions doit avoir pour principale préoccupation la combinaison de différentes mesures structurelles, le renforcement des ressources sociales et sanitaires ainsi que des facteurs de protection aux niveaux familial et local. Cette affirmation

Les **facteurs négatifs** augmentent le risque de développer une maladie spécifique ou une forme plus grave de cette maladie. L'inverse des facteurs négatifs sont les **facteurs de protection**, qui diminuent le risque de développer une maladie ou une forme accentuée de cette maladie. On distingue les facteurs constitutionnels (p. ex. l'âge ou le sexe), externes (alimentation, stress) et internes (état de santé).

80

*Une politique
durable
des addictions
prend appui sur
l'efficacité
prouvée
des mesures
prises*

concerne tout particulièrement la politique en matière d'éducation et de loisirs ainsi que les compétences individuelles en matière de santé. En plus de cela, il est nécessaire de promouvoir la compétence professionnelle des acteurs principaux pour mettre en œuvre une approche coordonnée et intégrée.¹²⁵ Au niveau local, on peut penser au système social et de santé, aux écoles, à l'administration et à la police.

Perspectives

Le débat de santé publique autour de la politique des addictions est un débat sociopolitique qui suscite de nombreuses controverses et se réfère souvent à différents modèles sociaux. Depuis le début de ce débat, une bonne partie des problèmes sociaux est abordée dans une optique sanitaire, ce qui permet d'une part au débat de se fonder sur des preuves (de la charge de maladie), mais, d'autre part, politise de plus en plus les prises de position sur les mesures de santé publique. La politique des addictions subit quantité d'influences, mais les plus significatives sont celles de l'opinion publique, de l'idéologie politique, des concepts théoriques, du savoir et des expériences récoltées sur le terrain, de l'évidence scientifique et de l'efficacité.¹²⁶ Une politique durable des addictions doit prendre appui sur l'efficacité prouvée des mesures prises.

Les mutations sociales et démographiques ainsi que l'évolution des modes de consommation ont mis sur la défensive les producteurs et les prestataires de services: ils ont l'impression que leurs marchés d'écoulement sont sans cesse plus menacés par les réglementations de l'Etat. Ils disent s'opposer à une «éducation du peuple» dont les instruments légaux poursuivraient les citoyens jusqu'au cœur de leur sphère privée. Cette attitude complique l'élaboration d'une politique durable des addictions bien que l'apparition de nouveaux comportements de consommation sains ouvre d'autres perspectives commerciales. Par exemple, la vente et la consommation de bière sans alcool ont considérablement augmenté au niveau

international. C'est pourquoi le débat sur la politique des addictions doit mettre l'accent sur la responsabilité des producteurs et des fournisseurs et pas uniquement sur la responsabilité individuelle des consommateurs.

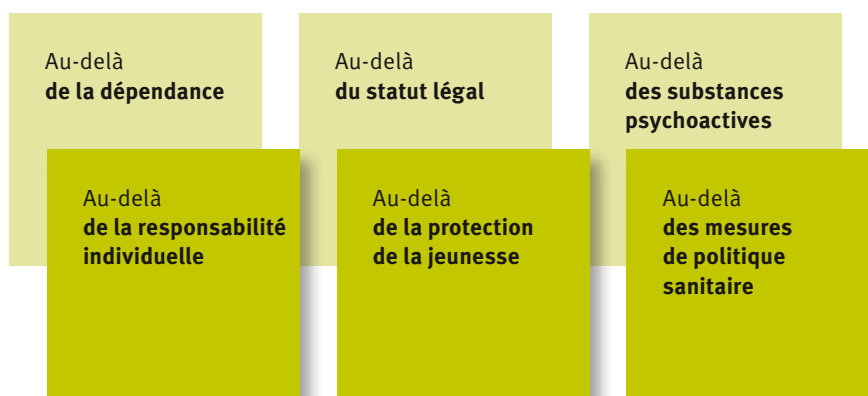
La politique des addictions doit se montrer pragmatique et réaliste en prenant appui sur les réalités du quotidien. Elle vise principalement à améliorer la santé publique en diminuant de manière mesurable et efficace la *consommation problématique* de toutes les substances psychoactives et en prenant des mesures préventives par rapport aux *comportements à potentiel addictif*. La réduction obtenue de la charge de dommages sanitaires et sociaux bénéficie certes au système de santé, mais également à d'autres domaines d'action politiques et sociaux.

Au niveau européen aussi, la politique en matière de drogues s'oriente vers une politique des addictions intégrée et cohérente. Elle est principalement axée sur des preuves, sur l'élaboration de mesures différenciées et sur la dépénalisation des substances illégales utilisées dans le but d'améliorer la santé. Il serait hautement souhaitable que les responsables politiques abandonnent leurs représentations schématiques des addictions. Le cadre de référence présenté par la suite vise à donner une orientation durable à la politique des addictions.



6 Défi addictions

Cadre de référence pour une approche durable de la politique des addictions



Dans ses lignes directrices, le *cadre de référence Défi addictions* se fonde sur une nouvelle conception de la politique des addictions. Il recommande *d'élargir le domaine d'application* de la politique des addictions et de *modifier son orientation stratégique*. Le *cadre de référence Défi addictions* comprend ces défis comme un phénomène social qui doit être traité par une approche globale et cohérente. Il englobe aussi bien les substances psychoactives que les comportements à potentiel addictif et se fonde sur une *approche de santé publique*. Les lignes directrices pour agir selon cette approche prévoient la *prévention de la consommation problématique* et des *comportements problématiques* ainsi que la *limitation des atteintes à la santé et des conséquences négatives* tant pour l'individu, son milieu social que pour la société.

Ligne directrice n° 1 Une politique cohérente

Sur la base d'une *approche* mettant en avant la *santé publique*, la Suisse mène une *politique cohérente* vis-à-vis des rapports *nocifs* et *risqués* aux substances psychoactives et aux comportements à potentiel addictif.

Ligne directrice n° 2 Adaptation aux dommages potentiels et à la charge de dommages réelle

En Suisse, les actions en matière de politique des addictions sont adaptées en fonction des *dommages potentiels* et de la *charge de dommages réelle* que représentent des substances ou des comportements à potentiel addictif pour l'individu, son milieu social et la société. Elles abandonnent la distinction simpliste entre substances psychoactives légales et illégales et la seule focalisation sur les dépendances.

Ligne directrice n° 3 Elargissement du domaine d'application

Les actions en matière de politique suisse des addictions ciblent, en plus de l'alcool, du tabac et des drogues illégales, les *médicaments*, les *addictions sans substance* et les *produits destinés à l'optimisation des performances physiques et psychiques*, tout en tenant compte des spécificités de chaque type d'addiction.

Ligne directrice n° 4 Garantie de l'accès au traitement et à la prise en charge

L'addiction est une maladie. Les personnes souffrant d'une consommation problématique, d'un comportement problématique ou d'un syndrome de dépendance ont droit à un traitement et à une prise en charge médicale, de même que leurs proches, leurs enfants et leur partenaire doivent pouvoir bénéficier d'une aide. L'accès à des *mesures de repérage précoce, de conseil, de soutien à l'abandon de la consommation ou du comportement et de réinsertion sociale* doit être garanti. La création ou le développement d'une offre intégrée sont fortement encouragés.

Ligne directrice n° 5 Réduction des risques

Des mesures de réduction des risques efficaces ciblent les consommateurs et leur entourage. *Elles sont appliquées dans les situations où elles sont envisageables du point de vue de la santé publique*. Dans l'état actuel des connaissances, ces mesures ne sont pas applicables dans le cas du tabagisme.

Ligne directrice n° 6 Prévention par le biais de mesures structurelles visant l'entourage

La politique suisse des addictions cherche à promouvoir des mesures structurelles agissant sur l'environnement afin de rendre les choix sains plus attractifs pour le consommateur. Dans cet objectif, *différents domaines politiques sont impliqués de manière systématique dans les actions relevant de la politique des addictions.*

Ligne directrice n° 7 Implication des producteurs, des distributeurs et des vendeurs

Les *producteurs*, les *distributeurs* et les *vendeurs* de produits comportant un potentiel de dommages ou d'addiction ont plus d'obligations en raison d'un *cadre juridique adapté pour contrôler l'offre et la demande* à tous les niveaux fédéraux en Suisse.

Ligne directrice n° 8 Approche différenciée en fonction des populations visées

La protection de la jeunesse constitue et reste un domaine important de la politique des addictions et doit être mise en œuvre de manière conséquente. Toutefois, les mesures de politique des addictions doivent inclure toutes les *populations cible*. Il est important de préciser que les mesures de politique des addictions ne peuvent discriminer personne du fait d'*inégalités sociales* ou d'une quelconque *différence*. Pour compléter cette approche, des programmes spécifiques doivent promouvoir les *compétences individuelles en matière de santé* dans une optique de prévention et de repérage précoce.

Ligne directrice n° 9 Participation de la société civile

Les *acteurs de la société civile*, par exemple les associations sportives ou économiques et les organisations professionnelles, consolident leurs activités en particulier dans les domaines de la prévention et de la réduction des risques.

Ligne directrice n° 10 Recherche, formation et monitoring/évaluation

La Suisse promeut la *formation de spécialistes* et la *recherche en matière d'addictions*. Dans cette optique est mis sur pied un programme de *monitoring des addictions* qui fait valoir l'approche du présent cadre de référence. Le Conseil fédéral doit lancer un Programme national de recherche dans le domaine des addictions. La recherche sur les addictions doit également prendre une place plus importante dans les universités, en médecine et en psychiatrie.

Perspectives

Défi addictions, et après?

Les représentants des trois Commissions fédérales CFAL, CFLD et CFPT *invitent l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à assurer un processus de suivi ciblé* après publication du présent document.

L'essentiel de ce processus consiste dans:

- la diffusion,
- l'approfondissement et
- l'ancrage

du contenu de ce rapport et de ce cadre de référence.

La **diffusion** des contenus consiste à informer le public aussi largement que possible et à ouvrir le débat à ce sujet. Le présent rapport peut être utilisé comme document de référence à tous les niveaux fédéraux et dans les organisations professionnelles et sociales. L'OFSP s'engage, dans le cadre de cette diffusion, à ce que les lignes directrices soient utilisées dans des objets politiques et dans les discussions actuelles relevant de la politique des addictions.

Parallèlement à la diffusion de ces informations, l'**approfondissement** des contenus doit permettre de définir les actions nécessaires à l'avenir et de lancer les processus correspondants. L'élargissement du champ de réflexion «*au-delà de la dépendance*», «*au-delà du statut légal*» et «*au-delà des substances psychoactives*» doit être abordé de manière cohérente, ce qui impliquera de renforcer l'échange et la collaboration stratégique entre les champs d'action relatifs au tabac, à l'alcool et aux drogues. Dans le même temps, les jalons sont posés pour l'intégration des défis liés aux *addictions sans substance* et à l'optimisation des performances dans le dialogue en matière d'addictions.

Quant à l'*élargissement stratégique* «*au-delà de la responsabilité individuelle*», «*au-delà de la protection de la jeunesse*» et «*au-delà des mesures de politique sanitaire*», il doit être de plus en plus intégré et **ancré** dans les décisions politiques qui comportent une incidence sur la consommation nocive de substances, de services et d'offres virtuelles. Les différentes possibilités de réglementation du marché jouent un rôle important à cet égard.



Remerciements

Le groupe de pilotage et les responsables du projet remercient les personnes suivantes pour leur précieuse expertise:

- Thomas Hansjakob, Dr. iur., premier substitut du Procureur général du canton de Saint-Gall
- Margret Rihs-Middel, MPH, direction de FERARIHS
- Prof. Christoph Rehmann-Sutter, Dr. phil., dipl. biol., ancien Président de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (NEK-CNE), professeur de théorie et d'éthique des biosciences, Université de Lübeck
- Prof. Rolf Rosenbrock, Dr. rer. pol., directeur du groupe de recherche *Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*
- Prof. Tilman Slembeck, Dr. oec. HSG, Haute école zurichoise de sciences appliquées (ZHAW) et Université de Saint-Gall
- Prof. Michael Soyka, Dr. med., directeur médical de la *Privatklinik Meiringen*
- Rudolf Stohler, PD, Dr. med, responsable du groupe de recherche sur les troubles liés à la consommation de substances, *Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie*, Université de Zurich
- Prof. Beate Wimmer-Puchinger, a.o. Univ. Prof. (professeure extraordinaire) Dr., responsable du programme pour la santé des femmes à Vienne (*Wiener Frauengesundheitsbeauftragte*)
- Frank Zobel, analyste des politiques drogue et rédacteur scientifique à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Lisbonne

Les personnes précitées ne portent aucune responsabilité quant au contenu du rapport ni du cadre de référence.

Glossaire

Addiction:¹²⁷ L'addiction est le terme courant employé pour désigner différents syndromes médico-psychologiques. Dans les milieux professionnels, ce concept est remplacé par les termes d'«abus» et de «dépendance». Le terme d'«addiction» continue toutefois à être utilisé dans de nombreux documents et institutions, qu'ils soient officiels ou non.

Addiction comportementale: L'addiction comportementale est également nommée addiction sans substance. Cette addiction s'exprime par différents types de comportements qui peuvent être nuisibles à la santé ou peuvent entraîner de graves conséquences sociales. Parmi les addictions comportementales les plus connues se trouvent l'addiction au jeu, l'addiction aux achats, la cyberaddiction et les troubles des conduites alimentaires comme l'anorexie (anorexia nervosa), la boulimie (avec vomissement ou prise de purgatifs) et la boulimie sans vomissement. Les addictions non liées à une substance se développent de manière similaire aux addictions à une substance.

Benzodiazépines: Les benzodiazépines sont prescrites pour traiter les crises d'angoisse, de panique ou d'insomnie. Elles tempèrent l'activité du système nerveux central et induisent des sensations de calme, de fatigue et de somnolence. Elles comportent des effets secondaires tels que confusion mentale, ataxie, altération du jugement, diminution des fonctions cognitives et incapacité de conduire. En association avec l'alcool, les benzodiazépines peuvent induire désinhibition et agressivité. Elles peuvent également renforcer l'effet euphorisant des opiacés. Les benzodiazépines peuvent créer une tolérance et une dépendance après quelques semaines d'utilisation seulement.¹²⁷

Cohorte: Une cohorte est un ensemble d'individus qui a vécu un même «événement fondateur» ayant des répercussions à long terme. Suivant l'«événement fondateur» choisi, il peut s'agir par exemple de cohortes d'âge, de naissance, de mariage ou d'entrée dans la vie professionnelle. L'idée qui se cache derrière le concept de cohorte est le postulat que les membres d'une cohorte de naissance, par exemple, sont soumis à des influences culturelles et socioéconomiques similaires, qui se répercutent à un degré plus ou moins élevé sur leur parcours de vie. Lorsque c'est le cas, on parle d'effets de cohorte.¹²⁸

Consommation à faible risque: Consommation peu susceptible d'engendrer des dommages pour soi ou pour des tiers. Il est toutefois difficile de définir précisément ce terme étant donné que le risque de dommages dépend de très nombreux facteurs (par exemple l'âge, le sexe, l'état de santé et les motifs du consommateur; le type, la toxicité et la quantité de la substance psychoactive consommée ou de ses additifs; la fréquence de la consommation; et son contexte).

Consommation problématique: Entrent dans cette catégorie la *consommation à risque* (parfois appelée aussi consommation risquée), la *consommation nocive pour la santé* et la *consommation inadaptée à la situation* (comme la conduite en état d'ébriété), sans qu'il y ait nécessairement diagnostic de dépendance. Dans le cas de la consommation à risque, les problèmes ne sont pas visibles, mais sous-jacents. La consommation nocive pour la santé engendre des problèmes sur le plan physique, psychique et social. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) emploie également cette définition, qui correspond également au terme d'«abus» dans la classification de la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM IV) aux États-Unis.

Dépendance: Une dépendance peut se développer plus ou moins rapidement suivant le type de substance consommée et le profil du consommateur. Une dépendance peut mettre des années à se développer ou s'installer en un laps de temps très court. La dépendance ne dépend pas directement des quantités consommées. Une dépendance est le résultat d'un diagnostic médical établi selon différents critères qui sont répertoriés dans la «Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes» (CIM-10).

Déterminants de la santé: Les déterminants de la santé sont des facteurs qui influencent positivement ou négativement la santé de la population. Ces facteurs ont une influence particulière sur la santé à quatre niveaux:

- comportements et styles de vie de l'individu;
- soutien social et réseaux sociaux de l'individu qui peuvent être soit bénéfiques, soit préjudiciables pour la santé;
- conditions de vie et de travail, accès aux infrastructures et aux services;
- environnement économique, culturel et physique, comme le niveau de vie ou le marché du travail.¹²⁹

Discrimination: Toute manière de désavantager un groupe social pour des motifs infondés (par exemple le sexe, l'appartenance ethnique, la nationalité, l'âge ou l'état de santé).¹³⁰

Drogues illégales: voir [*Drogues*](#).

Drogues légales: voir [*Drogues*](#).

Drogues: Terme désignant les substances psychoactives dans la langue courante. La Suisse fait la distinction entre substances légales (comme l'alcool et le tabac) et drogues illégales (comme le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne), qui sont également nommées «stupéfiants».

Facteurs de protection: voir [*Facteurs négatifs*](#).

Facteurs négatifs: Les facteurs négatifs augmentent le risque de développer une maladie spécifique ou une forme plus grave de cette maladie. L'inverse des facteurs négatifs sont les facteurs de protection, qui diminuent le risque de développer une maladie ou une forme accentuée de cette maladie. On distingue les facteurs constitutionnels (p. ex. l'âge ou le sexe), externes (alimentation, stress) et internes (état de santé).

GBL: Le GBL, acronyme de gamma-butyrolactone, est un solvant industriel à effet fortement corrosif qui irrite les muqueuses et endommage le foie. Le GBL est un précurseur du [*GHB*](#).

GHB: Gamma-hydroxybutyrate, qui est parfois appelé «ecstasy liquide». Cet acide est transformé dans le corps par le neurotransmetteur GABA (gamma-aminobutyrique), qui régule les phases de sommeil et d'éveil et stimule la production de l'hormone de croissance. Le GHB a des effets extrêmement différents d'un individu à l'autre et peut provoquer euphorie, détente, désinhibition, intensification des perceptions, vertiges, somnolence ou perte de conscience. L'utilisation abusive de ce genre de substances, aussi nommées «gouttes KO», est particulièrement problématique pour la société.¹³¹

Life-skills-trainings: voir [Modèles axés sur les compétences de vie](#).

Méthylphénidate (nom de marque: Ritaline): Le méthylphénidate est un stimulant du système nerveux central. Il est utilisé dans le traitement des TDA/H (Troubles déficits de l'attention/hyperactivité) ou de la narcolepsie.

Modèle des quatre piliers: voir [Politique des quatre piliers](#).

Modèles axés sur les compétences de vie: Les modèles axés sur les compétences de vie visent à développer chez les enfants et les jeunes des facteurs de protection qui limitent leur risque d'être un jour sujets à un comportement addictif ou violent s'ils sont exposés à certaines conditions de risque. Parmi ces compétences de vie, qui peuvent servir de facteurs de protection, on recense entre autres la résistance face à l'offre de consommation, les compétences en communication et les stratégies de résolution de problèmes.¹³²

Narcoleptiques: Les narcoleptiques sont employés dans le traitement des troubles du cycle du sommeil. Ces substances (comme le gamma-hydroxybutyrate [GHB](#), le méthylphénidate [Ritaline](#) ou le modafinil) peuvent avoir un effet stimulant sur des personnes saines (voir [Neuroenhancement](#)).

Neuroenhancement: Par neuroenhancement, on comprend l'ensemble des manières d'améliorer les capacités cognitives ou l'état psychique de personnes considérées comme en bonne santé. Ce terme désigne également désigne l'administration à des fins non médicales de médicaments conçus pour des patients souffrant de démence, de dépression, de troubles de l'attention ou de narcolepsie. Aux Etats-Unis notamment, on remarque une croissance de l'usage «non thérapeutique» de psychotropes depuis la fin des années 1980.¹³³

Politique des quatre piliers: Définition des quatre principaux champs d'action dans la politique suisse en matière de drogues.

- **Prévention:** Empêcher le début de la consommation de drogues et le développement d'une addiction.
- **Thérapie:** Faciliter l'abandon de l'addiction, promouvoir l'intégration sociale et la santé des personnes traitées.
- **Réduction des risques:** Créer les conditions nécessaires pour une consommation individuelle et sociale de drogues moins problématique afin d'en limiter les répercussions négatives sur les personnes concernées.
- **Répression:** Elaboration de mesures pour faire appliquer l'interdiction des drogues illégales.

Politique durable: Une politique durable se définit par le fait qu'elle donne le ton dans la formulation des tâches les plus importantes pour la communauté, dans la recherche de solutions et dans la prise de décisions à caractère contraignant.¹³⁴

Politique intégrée: Une politique intégrée englobe différents domaines politiques et niveaux d'action dans une démarche tant transversale que verticale et implique dans la mesure du possible toutes les parties concernées.

Prévention comportementale: La prévention comportementale vise à influencer les actes et les pensées d'un individu et peut être assimilée à la prévention individuelle, tandis que la *prévention structurelle* se fixe pour objectif la suppression ou la réduction de facteurs préjudiciables.

Prévention structurelle: voir Prévention comportementale.

Réduction des risques: voir Politique des quatre piliers.

Réglementation du marché: voir Réglementation/répression.

Réglementation/répression: Dans le domaine des drogues, le terme de *répression* désigne principalement les interventions policières ayant pour objectif des poursuites pénales. La répression vise donc à restreindre l'offre et à lutter contre le trafic de drogue illégal et la criminalité organisée (voir aussi politique des quatre piliers). En ce qui concerne les substances psychoactives légales, le terme de *réglementation* englobe toutes les lois, les dispositions et les règlements qui ont été énoncés par un Etat ou une organisation supranationale. La restriction de la liberté d'action et l'interdiction de consommation ou vente limitée à des lieux, à des horaires ou à des populations déterminées sont des mesures de réglementation. Le concept plus spécifique de *réglementation du marché* ne se réfère qu'aux situations dans lesquelles l'Etat intervient dans le libre fonctionnement du marché pour en corriger une défaillance ou pour limiter la libre concurrence, ici par exemple pour des raisons de politique sanitaire.

Répression: voir Réglementation/répression ou Politique des quatre piliers.

Ritaline: Marque d'un type de Méthylphénidate.

Santé dans tous les domaines de la politique: L'approche de santé publique accorde une grande importance à l'*intégration d'aspects ayant trait à la santé dans tous les domaines de la politique*, comme le prouve une déclaration du Conseil de l'Union européenne qui a ancré ce principe dans la loi en 2006. Cette déclaration place particulièrement l'accent sur la nécessité d'aménager les milieux de vie (p. ex. écoles et lieu de travail) dans une perspective de promotion de la santé, d'encourager les consommateurs à prendre des décisions saines dans leur vie quotidienne et d'agir encore davantage sur les déterminants sociaux (comme l'éducation et le revenu). D'autres domaines politiques doivent également tenir compte des conséquences de leurs décisions pour la santé.

Santé publique (Public Health): La «santé publique» est un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé (Définition de l'OMS, 1998¹³⁵).

Smart Drugs: voir Neuroenhancement.

Stupéfiants: Autre terme pour désigner les Drogues.

Syndrome de dépendance CIM-10:¹³⁶ Le diagnostic de dépendance peut être établi lorsqu'au moins trois symptômes parmi les suivants ont été observés simultanément au cours des douze derniers mois: désir puissant de consommer ou obligation de consommer; réduction de la capacité de contrôle de la consommation; syndrome de sevrage physique; tolérance accrue; restriction du mode de vie au profit de la consommation d'une substance; désinvestissement des autres activités; poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives.

Notes et bibliographie

- 1 NIDA, National Institute on Drug Abuse (2008): *Drugs, Brains, and Behavior. The Science of Addiction*. National Institute on Drug Abuse.
- 2 Grüsser, Sabine et Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Berne: Verlag Hans Huber.
- 3 CFLD, Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2006): *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*. Berne: Verlag Hans Huber.
- 4 CFLD, Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2006): *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*. Berne: Verlag Hans Huber.
- 5 OFSP, Office fédéral de la santé publique (2008): *Programme national alcool 2008–2012*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 6 OFSP, Office fédéral de la santé publique (2008): *Programme national tabac 2008–2012*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 7 OFSP, Office fédéral de la santé publique: *La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 8 Votation populaire du 30 novembre 2008 sur la modification de la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup).
- 9 A ce sujet, consulter notamment: CFLD, Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2006): *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*. Berne: Verlag Hans Huber.
- 10 La même observation a été faite en Suisse et a déjà été adoptée dans l'attente d'une augmentation de l'imposition. Cf. Université de Zurich (2004): *Alcopops und die Auswirkungen der Sondersteuer auf das Konsumverhalten*. <http://www.isu.uzh.ch/marketing/forschung/studien/Medieninformation.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 11 Schmidt, Bettina et Klaus Hurrelmann (éd.) (2000): *Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch*. Opladen: Leske + Budrich.
- 12 Santé publique Suisse (2009): *Santé publique*. http://www.sgpg.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=publichealth&page_id=home&lang_iso639=fr, Consulté le 11.02.2010.
- 13 OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2007): *Annual report 2006: Selected Issue 1: European Drug Policies: extended beyond illicit drugs?* <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page003-en.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 14 Spinatsch, Markus (2004): *Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse? Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 15 Feuille fédérale (2009): *Message relatif à la loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (Loi sur la prévention, LPrév) du 30 septembre 2009*, p. 6389-6506.
- 16 Dahlgren, Göran et Margaret Whitehead (2007): *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: OMS, Bureau régional de l'Europe.
- 17 Rosenbrock, Rolf et Claus Michel (2007): *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitsförderung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG.
- 18 OMS, Organisation mondiale de la santé (1986): *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French, Consulté le 11.02.2010.

- 19 Voir art. 32 al. 2 l. D de la Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPTh) (RS 812.21).
- 20 Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag Gesundheitsförderung.
- 21 Cf. Greenfield, Susan (2004): *Tomorrow's People. How 21st-Century Technology is Changing the Way We Think and Feel*. Londres: Penguin Books. Bauman, Zygmunt (2003): *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- 22 Offer, Avner (2006): *The Challenge of Affluence: Self-Control and Well-Being in the United States and Britain since 1950*. Oxford: Oxford University Press.
- 23 DFJP, Département fédéral de justice et police (2009): *Vers un assouplissement de l'interdiction des jeux de hasard en ligne*. http://www.esbk.admin.ch/esbk/fr/home/dokumentation/medienmitteilungen/2009/ref_2009-04-220.html, Consulté le 11.02.2010.
- 24 *NZZ am Sonntag*, 26 juillet 2009: «Kleinläden sind die Gewinner der Krise».
- 25 Offer, Avner (2006): *The Challenge of Affluence: Self-Control and Well-Being in the United States and Britain since 1950*. Oxford: Oxford University Press.
- 26 Commission des déterminants sociaux de la santé (2008): *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Genève: OMS.
- 27 Greenfield, Susan (2004): *Tomorrow's People. How 21st-Century Technology is Changing the Way We Think and Feel*. Londres: Penguin Books.
- 28 A ce sujet, voir aussi: Ramaciotti, Daniel et Julien Perriard (2003): *Les coûts du stress en Suisse*. Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO).
- 29 OFS, Office fédéral de la statistique (2009): *Enquête suisse sur la santé (ESS)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/02/key/01.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 30 Soyka, Michael (2009): «Neuro-Enhancement aus suchtmedizinischer Sicht». *Der Nervenarzt* Vol. 80, n° 7: 837-839.
- 31 Voir notamment: Crano, William et Michael Burgoon (éd.) (2002): *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; voir également les travaux du Center on Media and Child Health (2009): *Substance Use*. <http://cmch.typepad.com/cmch/>, Consulté le 11.02.2010.
- 32 Greenfield, Susan (2004): *Tomorrow's People. How 21st-Century Technology is Changing the Way We Think and Feel*. Londres: Penguin Books.
- 33 Grüsser, Sabine et Ralf Thalemann (2006): *Computerspielsüchtig?* Berne: Verlag Hans Huber.
- 34 La situation en Suisse semble être similaire. Voir à ce sujet Swissmedic (2010): *Nouvelle augmentation massive des importations illégales de médicaments*. <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=31565>, Consulté le 11.02.2010.
- 35 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2008): *Cyberaddiction: jeux et chats*. [http://www.sfa-ispa.ch/fr/medias/communiques-de-presse/article/cyberaddiction-jeux-et-chats/?tx_ttnews\[backPid\]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65ffa](http://www.sfa-ispa.ch/fr/medias/communiques-de-presse/article/cyberaddiction-jeux-et-chats/?tx_ttnews[backPid]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65ffa), Consulté le 11.02.2010.
- 36 Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101).
- 37 Loi fédérale du 21 juin 1932 sur l'alcool (Loi sur l'alcool) (RS 680).
- 38 Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (Loi sur les denrées alimentaires) (RS 817.0).
- 39 Loi fédérale du 24 mars 2006 sur la radio et la télévision (RS 784.40).
- 40 Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (RS 741.01).

- 41 Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (Loi sur les denrées alimentaires) (RS 817.0).
- 42 Loi fédérale du 24 mars 2006 sur la radio et la télévision (RS 784.40).
- 43 Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail) (RS 822.11).
- 44 Ordonnance du 27 octobre 2004 sur les produits du tabac et les produits contenant des succédanés de tabac destinés à être fumés (Ordonnance sur le tabac) (RS 817.06).
- 45 Loi fédérale du 3 octobre 2008 sur la protection contre le tabagisme passif (RS 818.31).
- 46 Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants) (RS 812.121).
- 47 Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur les jeux de hasard et les maisons de jeu (Loi sur les maisons de jeu) (RS 935.52).
- 48 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et aux toxicomanies (2009): *Medikamente – Gebrauch*. <http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/MEDIKAMENTE.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 49 ONUDC, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2009): *World Drug Report*. http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf, Rapport mondial sur les drogues (2009): résumé analytique http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_French.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 50 Roche, Ann et Kenn Pidd (2005): «Alcohol: Emerging patterns, problems and prevention». *Public Health Bulletin South Australia* n° 2: 8-10.
- 51 Cf. Gmel, Gerhard, Jürgen Rehm, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki et Florian Labhart (2009): *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, et Falbesaner, Thomas und Andrea Czwink (2008): «Männliche Magersucht». *Phoenix Medizinischer Schwerpunkt*.
- 52 Le pourcentage de fumeurs parmi les joueurs de casino est nettement plus élevé que dans le reste de la population: selon les exploitants, la moitié des joueurs de casino fumeraient. Cf. Fédération suisse des casinos (2009): *Stellungnahme zum Entwurf der Verordnung zum Schutz vor Passivrauchen* (Prise de position sur le projet d'Ordonnance sur la protection contre le tabagisme passif). Cf. aussi Künzi, Kilian, Tobias Fritschi et Theres Egger (2004): *Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen. Studie im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission und des Bundesamtes für Justiz*, <http://www.ejpd.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/lotterie.Par.0008.File.tmp/studie-spielsucht-d.pdf>, ou résumé en français: *Les jeux de hasard et la pathologie du jeu en Suisse: étude empirique de la pratique et du développement des jeux de hasard, de la dépendance au jeu et de ses conséquences*, <http://www.bj.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/lotterie.Par.0003.File.tmp/res-spielsucht-f.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 53 ISPA, Institution suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA): *Consommation à risque*. <http://www.sfa-ispa.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/consommation/consommation-a-risque/>, Consulté le 11.02.2010.
- 54 Gmel, Gerhard, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki et Florian Labhart (2009): *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007*. Lausanne: Institut de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.

- 55 Keller, Roger, Theda Radtke, Hans Krebs et Rainer Hornung (2009): *Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2008. Zusammenfassung des Forschungsberichts 2009*. Universität de Zurich: Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- 56 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et aux toxicomanies: *Consommation de tabac des jeunes*. <http://www.sfa-ispa.ch/fr/faits-et-chiffres/tabac/jeunes/>, Consulté le 11.02.2010.
- 57 CFLD, Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2008): *Cannabis 2008: Mise à jour du rapport 1999 sur le cannabis*. Berne: Commission fédérale pour les questions liées aux drogues.
- 58 OFS, Office fédéral de la statistique (2008): *Enquête suisse sur la santé 2007. Premiers résultats*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- 59 OFS, Office fédéral de la statistique (2009): «Consommation de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues illégales selon le sexe et l'âge». *Enquête suisse sur la santé 1992–2007*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- 60 Bondolfi, Guido, Françoise Jermann, François Ferrero, Daniele Zullino et Christian Osiek (2008): «Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 177: 236–239.
- 61 Künzi, Kilian, Tobias Fritschi et Theres Egger (2004): *Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen*. Berne: Bureau d'études BASS. (Résumé en français: *Les jeux de hasard et la pathologie du jeu en Suisse. Etude empirique de la pratique et du développement des jeux de hasard, de la dépendance au jeu et de ses conséquences*).
- 62 OFS, Office fédéral de la statistique (2008): *Enquête suisse sur la santé 2007. Premiers résultats*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. Cf. aussi Gmel, Gerhard, Jürgen Rehm, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki et Florian Labhart (2009): *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
- 63 Senn, Charlotte (2007): *Auswertungsbericht Pillentesting Jugendberatung Streetwork Zürich, 2003–2005*, http://www.infoset.ch/de/dokumente/2007_07_auswertungsbericht%20pillentesting.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 64 NZZ en ligne du 13 juillet 2009: «Harte Zeiten für Schweizer Casinos».
- 65 Cf. OMS, Organisation mondiale de la santé (2006): *La lutte contre les principales maladies en Europe: problèmes et solutions*. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0306f.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 66 OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2007): *Annual report 2006: Selected Issue 1: European Drug Policies: extended beyond illicit drugs?* <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page003-en.html> Consulté le 11.02.2010.
- 67 Ce fut le cas la dernière fois en 2008, lorsque l'initiative populaire fédérale «Pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse» a fait l'objet d'une votation populaire, qui a été rejetée le 30 novembre 2008 dans tous les cantons avec 63 % de non.
- 68 GfS-Forschungsinstitut (1999): *Spannungsfeld zwischen Wahrnehmung und Verhalten. Medikamentennutzung und Public Health am Beispiel einer Repräsentativstudie zum Thema «Medikamentennutzung in der Schweiz»*. <http://www.gfs.ch/medinutz.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 69 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et aux toxicomanies (2009): *Medikamente – Gebrauch*. <http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/MEDIKAMENTE.pdf>, Consulté le 11.02.2010.

- 70 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et aux toxicomanies (2009): *Utilisation quotidienne d'analgésiques, de somnifères et de tranquillisants au cours des 7 derniers jours chez les hommes et les femmes, selon l'âge* (2007): http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Medikamente/F_MED_1.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 71 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et aux toxicomanies (2009): *Medikamente – Gebrauch*. <http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/MEDIKAMENTE.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 72 Satory, Gudrun et Karin Elsesser (2001): *Medikamentenabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- 73 Mahler, Nadja (2001): «Medikamentenmissbrauch im Breitensport». *Therapeutische Umschau* Vol. 58 n° 4: 226-231.
- 74 Suchtmittel.de (2009): *Suchtmittel.de*. <http://www.suchtmittel.de/>, Consulté le 11.02.2010. Voir aussi Bastigkeit, Matthias (2009): «Auf Droge durch Arzneimittel». *Pharmazeutische Zeitung online*. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=557>, Consulté le 11.02.2010; Onmeda (2009): *Methylphenidat*. <http://medikamente.onmeda.de/Wirkstoffe/Methylphenidat/wirkung-medikament-10.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 75 Entre autres: OFSP, Office fédéral de la santé publique (2008): *Fiche d'information «Alcool et violence»*. http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpno2Yuq2Z6gpJCGe4F5f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--, Consulté le 11.02.2010.
- 76 Schachter, Sidney (1977): «Nicotine regulation in heavy and light smokers». *Journal of Experimental Psychology* Vol. 106 n° 1: 5-12.
- 77 GfS-Forschungsinstitut (1999): *Spannungsfeld zwischen Wahrnehmung und Verhalten. Medikamentennutzung und Public Health am Beispiel einer Repräsentativstudie zum Thema «Medikamentennutzung in der Schweiz»*. <http://www.gfs.ch/medinutz.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 78 Soyka, Michael (2009): «Neuro-Enhancement aus suchtmedizinischer Sicht». *Der Nervenarzt* Vol. 80 n° 7: 837-839.
- 79 Galert, Thorstern, Christoph Bublitz, Isabella Heuser, Rinhard Merkel, Dimitris Repantis, Bettina Schöne-Seifert et Davinia Talbot (2009): «Das optimierte Gehirn». *Gehirn und Geist* 11.
- 80 Mahler, Nadja (2001): «Medikamentenmissbrauch im Breitensport». *Therapeutische Umschau* Vol. 58 n° 4: 226-231.
- 81 Maher, Brendan (2008): «Poll results: Look who's doping». *Nature* Vol. 452: 674-675.
- 82 DAK, Deutsche Angestelltenkasse (2009): *Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz*. http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 83 Montandon, Jean-Blaise et Laurent Médioni (2002): «Evolution du nombre de prescriptions de RITALINE® (méthylphénidate) dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000». *Bulletin Office fédéral de la santé publique* 15/02: 284-289. http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01800/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnJ6lzdelp96km56VlmVqnppOqdayYLGH4crdzYam3aiFfm2svWym162epYbg2c_JjKbNoKOn6A--, Consulté le 11.02.2010.
- 84 Grüsser, Sabine et Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Berne: Verlag Hans Huber.

- 85 OMS, Organisation mondiale de la santé (2008): *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10^e révision. Version pour 2007*. <http://www.icd10.ch/index.asp>, Consulté le 11.02.2010.
- 86 Grüsser, Sabine et Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Berne: Verlag Hans Huber.
- 87 Maag, Verena (2003): Von der Unwiderstehlichkeit des Kaufens. Conférence.
- 88 Grüsser, Sabine et Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Berne: Verlag Hans Huber.
- 89 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2008): *Cyberaddiction: jeux et chats*. [http://www.sfa-ispa.ch/fr/medias/communiques-de-presse/article/cyberaddiction-jeux-et-chats/?tx_ttnews\[backPid\]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65fffa](http://www.sfa-ispa.ch/fr/medias/communiques-de-presse/article/cyberaddiction-jeux-et-chats/?tx_ttnews[backPid]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65fffa), Consulté le 11.02.2010. Cf. aussi Offene Tür Zürich und Humboldt Universität Berlin (2001): *Studie zu konstruktivem versus problematischem Internetgebrauch. Phänomen Internet-Sucht*. <http://www.offenetuer-zh.ch/Studie%20Internet-Sucht.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 90 Bondolfi, Guido, Françoise Jermain, François Ferrero, Daniele Zullino et Christian Osiek (2008): «Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation». *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol. 177 n° 3: 236-239.
- 91 OFSP, Office fédéral de la santé publique (2009): *Promotion de la culture indigène de tabac*. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00611/01742/index.html?lang=fr>, Consulté le 11.02.2010.
- 92 Vitale, Sarino, France Priez et Claude Jeanrenaud (1999): *Le coût social de la consommation de tabac en Suisse: Estimation pour l'année 1995*. Institut de recherches économiques et régionales (IRER), Université de Neuchâtel.
- 93 Jeanrenaud, Claude, France Priez, Sonia Pellegrini, Hélène Chevrou-Séverac et Sarino Vitale (2003): *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*. Etude réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Institut de recherches économiques et régionales (IRER), Université de Neuchâtel.
- 94 Jeanrenaud, Claude, Gaëlle Widmer et Sonia Pellegrini (2005): *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final*. Institut de recherches économiques et régionales (IRER), Université de Neuchâtel.
- 95 Künzi, Kilian, Tobias Fritsch, Thomas Oesch, Matthias Gehrig et Nora Julien (2009): *Coûts sociaux du jeu dans les casinos. Etude sur les coûts sociaux engendrés par les casinos suisses. Synthèse*. Berne: Bureau d'études BASS.
- 96 OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques (éd.) (2000): *La littératie à l'ère de l'information. Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes*. Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.
- 97 Coalition for Evidence-Based Policy (2009): *LifeSkills Training*. http://toptierevidence.org/wordpress/?page_id=318, Consulté le 11.02.2010.
- 98 Landesbildungsserver Baden-Württemberg (2009): «Förderung der Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen zur Sucht- und Gewaltprävention». *Informationsdienst zur Suchtprävention* n° 15.
- 99 UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2009): *Life Skills – based Education for Drug Use Prevention. Training Manual*. <http://www.unicef.org/lifeskills/files/DrugUsePreventionTrainingManual.pdf>, Consulté le 11.02.2010. Voir aussi Botvin LifeSkills Training (2009): *Program Overview*. <http://www.lifeskillstraining.com/overview.php?t=overview>, Consulté le 11.02.2010.

- 100 Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland (2009): *TiL – Training in Lebenskompetenz*. <http://suchtp.web5.bestsite.ch/f84000075.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 101 Swisher, John. (1979): «Prevention Issues». In: Dupont, Robert, Avram Goldstein et John O'Donnell (éds.): *Handbook on Drug Abuse*. Washington: U.S. Government Print.
- 102 McQueeney, Tim, Brain Schweinsburg, Alecia Schweinsburg, Joanna Jacobus, Sunita Bava, Lawrence Frank et Susan Tapert (2009): «Altered White Matter Integrity in Adolescent Binge Drinkers». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* Vol. 22 n° 7: 1278-1285.
- 103 Calculé sur la base des chiffres du Monitoring sur le tabac Suisse, Zurich 2008, 2009.
- 104 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2010): *Alcool – Fréquence de la consommation*. <http://www.sfa-ispa.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/consommation/frequence-de-la-consommation/>, Consulté le 11.02.2010. Voir aussi ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2009): *Utilisation quotidienne d'analgésiques, de somnifères et de tranquillisants au cours des 7 derniers jours chez les hommes et les femmes, selon l'âge*. http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Medikamente/F_MED_1.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 105 Différents auteurs (2009): «Sucht im Alter». *Suchtmagazin* 3/2009. <http://www.suchtmagazin.ch/text3-09.pdf>, Consulté le 11.02.2010. Voir aussi OFSP, Office fédéral de la santé publique (2008): «Question d'âge». *Spectra* n° 66. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 106 Höpflinger, François (2008): «Wandel des Alters – und Trends zu Gesundheits- und Suchtverhalten». Conférence donnée lors du cours «Sucht im Alter» le 11.11.2008. http://www.suchtimalter.ch/files/Referat_Hoepflinger.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 107 Conseil d'Etat du canton de Bâle-campagne (2009): «Vorlage an den Landrat betreffend Gesetz über die Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit». http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/polit-rechte/vernehmml/vern2009/bewegung/bewegungseinschraenkung_lrv.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 108 Office fédéral de la statistique (OFS) 2010: *Enquête suisse sur la santé (ESS)*. Tiré de: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/key/01.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 109 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2009): *Alcool. Type de consommation selon l'âge*. http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Alkohol/F_A_conso_13.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 110 ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2009): *Utilisation quotidienne d'analgésiques, de somnifères et de tranquillisants au cours des 7 derniers jours chez les hommes et les femmes, selon l'âge*. http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Medikamente/F_MED_1.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 111 Maag, Verena (2005): Von der Unwiderstehlichkeit des Kaufens. Conférence Suchtprävention Aargau.

- 112 Richter, Matthias et Klaus Hurrelmann (éd.) (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Voir aussi Klein, Michael (2008): *Immer grössere Nachfrage – ein Gespräch mit dem Suchtforscher Prof. Michael Klein*. <http://www.caritas-nrw.de/cgi-bin/showcontent.asp?ThemaID=1018>, Consulté le 11.02.2010, et aussi OFSP, Office fédéral de la santé publique (2006): *Rapport national sur la santé liée au genre en Suisse 2006 (en allemand). Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 113 Henkel, Dieter (2009): «Sucht und soziale Ungleichheit. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche». Conférence donnée lors du congrès du 10.06.2009 à Stuttgart: Institut für Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt a.M. http://www.suchtfraagen.de/uploads/media/Henkel.Plenum_100609_01.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 114 Meyer, Katharina (éd.) (2008): *La santé en Suisse: Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- 115 Ogier, Joseph et Mustafa Ideli (2005): «Bericht über Suchtverhalten und -prävention bei Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich» <http://www.fisp-zh.ch/inhalt/aktuell/Suchtverhalten%20MigrantInnen.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 116 OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2006): «La dimension de genre dans l'usage de la drogue et la réponse aux problèmes liés à la drogue», en anglais uniquement: «Gender differences in drug consumption and drug-related problems». <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page014-en.html>, Consulté le 11.02.2010. Voir aussi OFSP, Office fédéral de la santé publique (2006): *Rapport national sur la santé liée au genre en Suisse 2006 (en allemand). Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 117 Vogt, Irmgard (2009): «Paare mit Suchtproblemen». In: Lenz, Karl et Frank Nestmann (éd.): *Handbuch Persönliche Beziehungen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- 118 Weilandt, Caren, Alexander Rommel, Josef Eckert et Caren Wiegand (2004): *Medikamenten-, Alkohol- und Drogenkonsum der schweizerischen Migrationsbevölkerung – Ausgewählte Ergebnisse des GMM 2004*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
- 119 OFS, Office fédéral de la statistique (2009): *Statistique de la santé. Edition 2009*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.118129.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 120 OFS, Office fédéral de la statistique (2009): «Etat de santé». *Enquête suisse sur la santé (ESS) 2007*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/01.html>, Consulté le 11.02.2010.
- 121 OFS, Office fédéral de la statistique (2009): «Prévalence d'un problème de santé de longue durée». *Enquête suisse sur la santé (ESS) 2007*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/01.Document.118201.xls>, Consulté le 11.02.2010.
- 122 Figure inspirée librement de: Strategy Unit Alcohol Harm Reduction project (2003): *Interim Analytical Report*. http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/strategy/assets/su%20interim_report2.pdf, Consulté le 11.02.2010.
- 123 Voir à ce sujet OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2010): <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6790EN.html>, Consulté le 11.02.2010.

- 124 Infodrog (2010): *Risiko- und Schutzfaktoren. (Facteurs de risque et de protection: entrée du lexique français encore en construction)* http://www.infodrog.ch/pages/de/prev/lexi/lexi_prev_30.htm, Consulté le 11.02.2010.
- 125 Kickbusch, Ilona (2006): «Gesundheitskompetenz». *News Santé publique Suisse* n° 3.
- 126 Muscat, Richard et des membres de la plate-forme Recherche du Groupe Pompidou (2008): *D'une politique sur les drogues illicites à une politique sur les substances psychoactives*. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe.
- 127 OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2009): *Les benzodiazépines*. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepine/fr>, Consulté le 11.02.2010.
- 128 Diekmann, Andreas (2004): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek: Rowohlt.
- 129 Dahlgren, Göran et Margaret Whitehead (2007): *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: OMS, Bureau régional de l'Europe.
- 130 Voir notamment la définition du Dictionnaire suisse de politique sociale en ligne. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=137> (article en allemand), voir aussi à ce sujet les deux articles en français sur l'inégalité des chances et sur les inégalités sociales. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=424> et <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=427> Consulté le 11.02.2010.
- 131 Eve&rave (2009): *Substanz-Informationen*. <http://www.eve-rave.ch/drugs/64-ghb-gbl>, Consulté le 11.02.2010. Voir aussi BG Chemie (2005): *Toxikologische Bewertung. γ -Butyrolacton*. <http://www.bgchemie.de/files/95/ToxBew7-L.pdf>, Consulté le 11.02.2010.
- 132 Landesbildungsserver Baden-Württemberg (2009): «Förderung der Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen zur Sucht- und Gewaltprävention». *Informationsdienst zur Suchtprävention* n° 15.
- 133 Schäfer, Gereon et Dominik Gross (2008): «Enhancement. Eingriff in die personale Identität». *Deutsches Ärzteblatt* Vol. 105 n° 5: 210-212.
- 134 Höffe, Otfried (2009): *Ist die Demokratie zukunftsfähig?* Munich: Beck.
- 135 Santé publique Suisse (2009): *Santé publique*. http://www.sgpg.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=publichealth&page_id=home&lang_iso639=fr, Consulté le 11.02.2010.
- 136 OMS, Organisation mondiale de la santé (2006): *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. 10^e révision. Version 2006. <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>, http://www.icd10.ch/ebook/FRetGE_OMSetDIMDI_FR/FRS_Index.asp, Consulté le 11.02.2010.

© Groupe de pilotage *Défi addictions*, Berne 2010

Edition

Groupe de pilotage des commissions fédérales pour
les problèmes liés à l'alcool, les questions liées aux drogues et
la prévention du tabagisme

Gestion du projet

mcw assistenz] & [koordination, Miriam Wetter
Molli-Park 2a, CH-4800 Zofingen

Toute reproduction même partielle doit faire l'objet d'une demande
d'autorisation auprès du groupe de pilotage.

Information et commande

www.defiaddictions.ch
www.herausforderungsucht.ch
www.sfidadipendenza.ch
www.challengeaddiction.ch

Rédaction

André Tschudin, Bâle

Traduction

Lucile Davier, Genève

Relecture

Nathalie Loiseau, Genève

Conception et mise en page

www.atelierrichner.ch

Photographies

Carmela Odoni, Berne

Impression

Stämpfli Publications SA, Berne

Imprimé sur papier offset mat, ultrablanc, lisse, sans bois,
certifié FSC, neutre en CO₂

Cette publication paraît également en allemand (original) et en anglais.

Elle peut être téléchargée au format PDF sur les sites suivants:

www.defiaddictions.ch, www.herausforderungsucht.ch, www.sfidadipendenza.ch,
www.challengeaddiction.ch

1^{ère} édition mai 2010, 2000 exemplaires (1000 en allemand, 500 en français et
500 en anglais)

