



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

Français

International Cooperation Project

In collaboration avec:



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Prevention Strategy and Policy Makers

“A solidarity consortium”

Rome 9–10 Octobre 2012

Sala “A. De Gasperi” – Scuola Superiore di Polizia
Via Pier della Francesca, 3 – Roma



Avec le soutien du:



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



unieri
United Nations
Interregional Crime and Justice
Research Institute

Délégations

Rome, 9-10 octobre 2012



Mohamed Zouggar, Graca Ana Da Conceicao, Claudia Rafling, Paulina Duarte, Angelo Fernandes Gioia, Gen. Neak Yuthea, Aaron Coe, Carlos Vallejo, Rodrigo Velez Valarezo, Rafael Parreno Navas, Amr A. Osman, Ali Hassan Amer, Andres A. Ramirez Medrano, Daniel J. Menninger, Laura D'Arrigo, Minerva Melpomeni Malliori, Luky Veronica Lopez Angulo, Yair Geller, Akihiro Nakamura, Firas S. A. Al Khateeb, William Okedi, Alymbai Sultanov, Janis Bekmanis, Mounir Abdel Kalek, Adel Machmouchi, Auob Alashegam, Marilyn Clark, Brekke Torbjorn K., Safa Arafat, Ramon Bartoli, Rommel Garcia, Viveca Catalig, Jose Aurelio, Manuel Cardoso, Ana Sofia Santos, Mikhail Kiyko, Vladimir Vysotskiy, Platon Ratskevich, Alexander Zezulyn, Mauro Fiorini, Maria Sofia Aragon, Francisco de Asis Babin Vich, Ruth Jacoby, Emil Wannheden, Isabelle Widmer, Alisher K. Tashripov, Mammedurdy Sopyyev, Volodymyr Tymoshenko, Abdul Rahman Alowais, "Maj. Gen. Abdul Jaleel Mahdi", Mohammad Al Asmawi", Paul Chandwani, Bora Dushku, Richard Baum, Iladar R. Shigabutdinov, Duc Nguyen Cuu, Viet Trung Tran, Kien Nguyen, Patrick Penninckx, Danilo Ballotta, Andrés Finguerut, Alessandra Liquori O'Neil, Daniela Salvati, Arthur T. Dean, Susan R. Thau, Giovanni Tamburino, Kjell Erik Oie, Viktor Ivanov, Jeffrey Lee, Zili Sloboda, Giovanna Campello, Yea - Rin Cha, Giovanni Tamburino, West Huddleston, Robert G. Rancourt, Douglas B. Marlowe, Lindsay Wood, Kevin Sabet, Raymond Yans, Jonathan Lucas, Yury Fedotov, Gilberto Gerra, Roberto Arbitrio

Bureau



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



Yury Fedotov
*Directeur exécutif du Bureau
ONU contre les drogues et le crime*



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga



Giovanni Serpelloni
*Chef de Département des politiques Anti-drogues
Présidence du Conseil des Ministres*



unicri
United Nations
Interregional Crime and Justice
Research Institute



Jonathan Lucas
*Directeur du United Nations
Interregional Crime and Justice Research
Institute*

Présentation



Andrea Riccardi

Ministre de la Coopération internationale et de l'Intégration

La coopération internationale, les partenariats et les jumelages s'avèrent gagnants une fois encore et génèrent des bons procédés qui sont partagés à des fins communes. La richesse d'expériences et de connaissances disponible à ce congrès permettra de créer un réel « Consortium de solidarité », une série de parcours qui mettront en contact les décideurs des différents pays afin qu'ils étendent leurs systèmes de prévention sociale. Ainsi, un pays en accompagnera un autre, dans une perspective solidaire, basée sur une prise de conscience que le défi qui se pose à nous doit nous interpeller tous. Je suis fermement convaincu que l'approche gagnante est celle qui se détache d'une vision des choses étriquée, repliée sur elle-même, c'est celle qui privilégie les synergies opérationnelles. Depuis toujours, les pays qui coopèrent, les pays qui s'unissent en réseaux, sont les plus performants quand il s'agit d'affronter les problèmes et les épreuves les plus difficiles. L'union fait la force ; tout seul, l'homme ne peut rien.



Introduction

Par mon intervention ici, je souhaite rappeler que la consommation d'une drogue, quelle qu'elle soit, comporte une longue série de risques et de lésions, depuis le risque mortel jusqu'au risque d'invalidités temporaires ou permanentes avec une compromission profonde, chez certaines personnes plus vulnérables, des potentialités ainsi que de la maturité physiologique cérébrale et cognitive. Des lésions qui touchent en particulier la couche la plus importante de la société : les jeunes, les enfants, notre force, notre potentiel le plus décisif et le plus précieux pour l'avenir.

Nous ne pouvons pas accepter une société qui voit dans la consommation des drogues un style de vie. La prévention et les politiques contre la consommation des drogues doivent par conséquent occuper une place prioritaire dans le domaine de la santé, du social et de l'économie.

Il y va de notre devoir de protéger nos enfants et les jeunes des tentations de la drogue, et dès lors, ce besoin de disposer de plusieurs options de prévention, de perceptions communes et d'échange mutuel ne constitue rien d'autre qu'un droit de l'homme sur lequel concentrer les politiques et les stratégies d'avenir. À cette fin, nous sommes en train de créer un Consortium de Solidarité internationale dont le but est d'être avant tout un consortium d'intentions. Nous sommes conscients des différences politiques, culturelles, stratégiques et de vision entre les pays qui ont participé à cette réunion, mais je crois que nous pouvons être tous d'accord sur les intentions générales. Notre objectif est donc de trouver le dénominateur commun minimal, de valoriser ce qui nous rassemble, non pas ce qui nous divise : c'est là que la prévention peut être notre valeur commune.

Giovanni Serpelloni

Chef du Département des politiques anti-drogues
Présidence du Conseil des Ministres

Le projet



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

La prévention ne constitue pas un coût, mais bien un investissement

Les décideurs doivent souvent affronter des problèmes qui touchent le bien-être de la société, en abordant des thèmes qui impliquent la santé publique. Mais la question de la demande de drogue pose des défis toujours nouveaux et de plus en plus complexes qui attendent une réponse complète, en termes de santé publique, pour prévenir la consommation de stupéfiants. Pour affronter ces défis, les décideurs devraient être soutenus par des réseaux internationaux d'échanges d'idées et de bons procédés qui piloteraient le développement d'une législation sensible, informée et applicable.

Les décideurs qui traitent les thématiques liées aux drogues au niveau gouvernemental proviennent souvent d'un milieu qui n'est ni technique ni scientifique. Leur approche culturelle à ce problème peut par conséquent manquer d'informations spécifiques et pécher parfois aussi par une interprétation partielle de la nature et de la réponse à donner. Ce background peut mener parfois les décideurs à sous-évaluer les réponses en termes de prévention, parce qu'il s'agit d'activités peut-être trop méconnues et peu mises en valeur.

Problématiques que le projet abordera

Ce projet veut aider les décideurs à mieux comprendre la nature réelle et l'étiologie de la consommation des drogues et de leur dépendance, à enrichir et à renforcer leurs connaissances des interventions efficaces et basées sur l'évidence, pour prévenir la consommation de drogues. Ce projet prévoit que les décideurs soient préparés sur des instruments précis et qu'ils entrent en contact avec des résultats tangibles atteints à travers des programmes basés sur l'évidence et sur l'économie, grâce à une mise en place correcte de ceux-ci.

Une fois formés, ces décideurs joueront le rôle de promoteurs à l'égard de leurs collègues, afin que ceux-ci à leur tour connaissent mieux le sujet.

Ce projet soutiendra par ailleurs les États-membres dans la planification, la conception, le développement et la réalisation de systèmes nationaux de prévention basés sur l'évidence scientifique de leurs bénéfices et sur le rapport entre coût et efficacité.

Ce projet aide enfin les experts concernés par les campagnes de prévention et de communication sur la consommation de stupéfiants, afin de s'assurer que celles-ci soient conçues, développées et concrétisées de la manière la plus efficace possible.

Objectif général de l'intervention et espérances de résultats

Compréhension, de la part des décideurs nationaux et régionaux, de l'étiologie de la consommation de drogues et de la dépendance de celles-ci, rapport en termes de coûts-efficacité des mesures de prévention, besoin de développer des systèmes de prévention basés sur l'évidence et l'efficacité.



Gilberto Gerra
*Chef du Secteur
Prévention
Drogue et Santé à
l'UNODC*



Giovanna Campello
*Programme Officer
Secteur Prévention
Drogue et Santé à
l'UNODC*

Prevention Strategy and Policy Makers – A Solidarity Consortium

«Prevention Strategy and Policy Makers» est une initiative conjointe de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) et du Département pour les politiques anti-drogues dont le but est de diffuser les standards internationaux de l'UNODC en matière de prévention de la consommation de stupéfiants et de soutenir les décideurs à la création d'un système de prévention nationale centré sur la santé et basé sur l'évidence scientifique.

L'initiative prévoit la création de centres de prévention régionaux et la formation de décideurs afin de fournir à ces derniers des instruments concrets pour améliorer leur système national de prévention, en proposant notamment des programmes et du matériel efficace à la prévention. L'initiative concernera dans un premier temps l'Amérique centrale, l'Afrique du Nord, l'Asie centrale et orientale.

Le lancement de ce programme a eu lieu le 9 octobre 2012 à Rome, avec la participation des chefs des Agences nationales de contrôle de la drogue intéressés à participer à ce partenariat, qui veut soutenir les enfants et les jeunes à exprimer leurs pleines potentialités et à réitérer leur engagement en créant une société où les drogues ne figurent pas comme style de vie.

Le 10 octobre, les participants ont été invités à deux événements phares : le premier était organisé par la National Association of Drug Court Professionals (NADCP), centrée sur la promotion de modèles judiciaires alternatifs pour les délits liés à la drogue; et le deuxième, organisé par le United Nations Interregional Crime and Justice Research (UNICRI), abordait l'amélioration des systèmes de monitoring des stupéfiants en vue de renforcer les capacités des administrations nationales de surveillance.



“La coopération constitue le principe en vertu duquel l’engagement des États doit être compris comme une valeur ajoutée aux initiatives déjà en place. L’échange de bons procédés devrait être à la base de toute action, de toute réalité institutionnelle et de toute organisation culturelle, en dépassant les diversités que les institutions et cultures peuvent connaître.”

Elisabetta Simeoni

*Département des politiques anti-drogues – Présidence du Conseil des Ministres
Directeur général du secteur technique et scientifique, Responsable des Rapports internationaux
Coordinatrice pour le Département des politiques anti-drogues du Projet des décideurs*

Mémorandum d'entente pour la PRÉVENTION de la consommation de drogues



Rome 9.10.2012

Introduction et préliminaires

Ce mémorandum veut définir et partager quelques concepts fondamentaux et quelques principes de base pour pouvoir mettre en place des stratégies et des interventions de prévention en vue d'éviter le début de la consommation de stupéfiants et de l'abus d'alcool ou de pouvoir en retarder la première prise chez les jeunes. Les stratégies et actions de prévention peuvent être orientées différemment selon les niveaux de risque liés à la consommation de stupéfiants. Mais ce sur quoi nous voudrions attirer l'attention pour la prévention précoce est la phase préadolescente.

Certaines personnes qui consomment des drogues le font pour des motifs complexes liés à leur génétique et donc à leur système neurobiologique et cognitif, à leur personnalité, à leur histoire personnelle et à leur développement affectif, à des conditions sociales négatives comme la différence et l'exclusion, ainsi qu'à l'importante disponibilité de stupéfiants sur le territoire¹⁻⁴.

Puisque la prévention est une arme efficace et soutenable, pour pouvoir renforcer l'efficacité et l'impact des actions de prévention, nous jugeons opportun et nécessaire d'adopter, de la manière la plus globale possible, des stratégies et des méthodes partagées et orientées scientifiquement. La prévention est rentable⁵⁻¹⁰ et prévenir l'absorption de drogues aide à prévenir aussi d'autres comportements à risque¹¹. La prévention devrait donc être vue dans l'idée d'aider les jeunes à grandir sains et sûrs et d'aider les adultes à rester tels.

Pour partager des stratégies communes, il faut prendre en considération que la consommation de stupéfiants, sans dépendance, est un comportement à haut risque pour la santé et les conditions sociales de la personne, un comportement qui doit être évité ou suspendu en raison des conséquences à des personnes tierces, en raison du risque accru d'accident lié à la consommation de stupéfiants^{12,13}.

La dépendance de la drogue et celle de l'alcool sont des maladies du cerveau qu'on peut prévenir, soigner et guérir. Elles sont provoquées par la consommation prolongée et continue de stupéfiants ou d'alcool, mais aussi par des facteurs génétiques, psychiques et socio-environnementaux¹⁴⁻¹⁶.

Le problème que représente la consommation de stupéfiants, l'abus d'alcool et les dépendances qui peuvent en dériver doit être considéré non seulement comme un problème social, mais surtout comme un problème de santé publique auquel il faut consacrer une attention particulière et des investissements concrets pour soutenir des programmes et des interventions préventives permanentes et efficaces.

Les aptitudes à la vie quotidienne préventives à l'égard de la consommation de stupéfiants, de l'abus d'alcool et de la prise de médicaments non prescrits¹⁷ devraient faire partie du background comportemental de tout adolescent et de tout adulte. Les parents, les enseignants, les éducateurs et les décideurs doivent par ailleurs s'unir, chacun dans sa branche, pour soutenir et stimuler le développement précoce et le maintien de ces importantes aptitudes à la vie quotidienne chez les jeunes générations. Il faut développer à cet effet une conscience commune : il est important d'organiser des interventions précoces qui doivent relever dès que possible deux conditions importantes, d'une part l'existence de facteurs de vulnérabilité (avant le début de la consommation de stupéfiants) et d'autre part la consommation initiale et occasionnelle de stupéfiants, surtout dans la phase où la dépendance ne s'est pas encore développée.

Les actions de prévention précoce visent à ne pas perdre ou à retarder l'opportunité de prévenir l'apparition de comportements ou de conditions socio-relationnelles en mesure d'augmenter le risque de consommation de stupéfiants. Nous nous fixons en particulier les macro-objectifs suivants :

- Activer des interventions de soutien précoce à la famille qui a des problèmes de vulnérabilité,
- Activer des interventions éducatives précoces et spécifiques avant tout sur les personnes vulnérables, en particulier les enfants et les adolescents.
- Réduire les probabilités des premières consommations de stupéfiants dès le plus jeune âge, en évitant l'usage expérimental et la sensibilisation cérébrale aux stupéfiants, ainsi que l'activation de parcours d'évolution vers la prise de cocaïne, d'héroïne et d'amphétamine.
- Éviter les altérations de la maturation cérébrale physiologique suite à la consommation de drogues pendant l'adolescence.

- Activer plus rapidement les interventions thérapeutiques si on constate une consommation périodique ou une dépendance, pour réduire également le risque d'overdose ou les pathologies infectieuses qui y sont liées.
- Réduire les risques d'accident liés à la drogue (accidents de la route, de travail, domestique, violences et abus)
- Réduire les coûts sanitaires, sociaux et individuels dérivant du développement d'une dépendance.

Quelques informations de base provenant des neurosciences pour ceux qui s'occupent de prévention

La maturation cérébrale

Les professionnels qui s'occupent de prévention de drogues doivent être conscients que le cerveau complète sa maturation vers 21-22 ans par la consolidation, en particulier, du cortex préfrontal, où se situent le contrôle volontaire des comportements et des impulsions, ainsi que les fonctions cognitives importantes pour les processus décisionnels, de coping et la motivation¹⁸⁻²². Cette phase de maturation comprend une modulation continue des structures et des réseaux neuraux (neuroplasticité)²³, un refaçonnement des systèmes neurobiologiques de la gratification et du contrôle des impulsions, ainsi qu'une adaptation simultanée des processus de cognition et d'apprentissage, qui seront fondamentaux à l'avenir pour interpréter la réalité, affronter les parcours de vie et développer son autonomie²⁴⁻²⁶.

Le processus de maturation cérébrale est un processus complexe et sensible aux influences extérieures (traumatismes et autres événements négatifs), à l'influence des stupéfiants et des psychotropes. Les systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques, noradrénergiques, du GABA mais aussi le système endorphinique et surtout celui des endocannabinoïdes sont très sensibles à la présence des stupéfiants exogènes. Étant donné que les drogues peuvent faire réagir fortement ces systèmes, l'hyper-stimulation continue peut provoquer une transformation profonde de la structure et de son fonctionnement physiologique et régulier. Par conséquent, le fonctionnement cognitif de l'individu, son degré de conscience, sa capacité d'analyser, de reconnaître et d'affronter les problèmes, les niveaux de gratification physiologique pour les objectifs normaux du quotidien, la motivation à affronter les problèmes de la vie, la mémorisation et donc l'apprentissage ainsi que le quotient intellectuel²⁷ subiront inévitablement des altérations^{28,29}.

Tout ceci est encore plus important si la consommation de stupéfiants se produit pendant une phase de la vie où se forment et se consolident tous les modèles cognitifs et comportementaux, les zones du jugement et le tableau de valeurs des gens, qui exerceront une influence sur toute leur vie. Si ces processus sont vécus dans un état de perception altérée et d'interprétation successive de la réalité, dû à la consommation de stupéfiants, ils ne pourront se développer correctement sur le plan physiologique, ce qui provoquera une déviation par rapport au parcours qu'ils auraient eu sans en avoir fait usage³⁰.

La sensibilisation cérébrale suite à la consommation de stupéfiants

Un autre concept fondamental, pour ceux qui s'occupent de prévention, concerne la prise de stupéfiants en très jeune âge (comme le cannabis par exemple) : en expérimentant très tôt les effets psychoactifs et les sensations de bien-être qui en dérivent, l'individu peut subir non seulement une série de lésions neurocognitives³¹⁻⁴⁰, une sensibilisation cérébrale qui conditionne l'attraction probable et la consommation future de stupéfiants comme la cocaïne et l'héroïne, avec le risque d'en rester dépendant. Il est donc extrêmement indiqué aux personnes vulnérables d'éviter par conséquent ce qu'on appelle l'« expérimentation »^{41,42}.

La vulnérabilité aux stupéfiants

Pour définir les stratégies de prévention, il faut savoir que tous les enfants et les adolescents ne sont pas à risque de la même manière par rapport à la consommation de stupéfiants et au développement de leur dépendance. Il existe des facteurs et des conditions susceptibles de différencier ce risque. Par conséquent, le degré de vulnérabilité n'est pas pareil chez tous les sujets⁴³⁻⁴⁶. Des conditions de vulnérabilité à la consommation de stupéfiants peuvent apparaître aussi chez les adultes et les personnes âgées lors d'événements de vie stressants, négatifs ou problématiques, c'est-à-dire qui activent des conditions psychiques pouvant mener la personne à recourir plus facilement à la consommation de stupéfiants ou à l'abus d'alcool⁴⁷. Ces facteurs varient: il y a les facteurs individuels, comme le génotype et le développement par la suite de systèmes diversifiés de la gratification et du contrôle des impulsions par des expressions comportementales et donc sociales plus souvent problématiques. D'autres facteurs importants sont les facteurs familiaux et socio-environnementaux, surtout ceux qui concernent

l'absence de soins appropriés, le soutien et le contrôle parental, la présence de violences, d'abus et de conditions de privation affective, mais aussi des événements et des conditions de vie stressantes. Ces personnes peuvent courir un risque accru tant à chercher qu'à essayer les stupéfiants, et aussi, après les avoir essayés, à entreprendre des parcours d'évolution vers la dépendance. Les conditions de vulnérabilité ne constituent toutefois pas une trajectoire ni un destin obligatoire et immuable vers la toxicomanie. Ces personnes peuvent être protégées, de manière à éviter la consommation de stupéfiants et le développement des dépendances moyennant une action positive et synergique de la famille, de l'école et de la communauté. La vulnérabilité n'est donc pas une «prédestination» mais seulement un état qu'on peut changer et prévenir de risque accru de consommer des stupéfiants et de développer une toxicomanie.

Principes pour une prévention orientée scientifiquement

Le tableau suivant mentionne les principes à suivre pour définir des stratégies et des interventions de prévention orientées sur le plan scientifique.

1	Dépistage et intervention précoce	<p>Promouvoir le dépistage précoce des facteurs de vulnérabilité et des comportements à risque afin de mettre en place des interventions tout aussi précoces dans le contexte éducatif, de manière synergique et intégrée, en famille, à l'école et sur les lieux de travail et, si besoin est à cause d'un usage fréquent ou d'une dépendance, en milieu thérapeutique⁴⁸⁻⁵⁰.</p> <p>Les interventions éducatives restent une compétence de la famille et de l'école qui doivent donc trouver une synergie parfaite et une communion d'intentions finalisées à la promotion et au maintien d'aptitudes à la vie quotidienne et à de comportements sains⁵¹⁻⁵³.</p> <p>Les interventions de dépistage précoce devraient commencer déjà en phase prénatale, en décourageant la consommation de stupéfiants aux futures mamans, puisqu'il a été prouvé que l'absorption de drogues pendant la grossesse peut générer chez le futur bébé un risque accru de consommation de drogues pendant l'adolescence, jusqu'à la dépendance⁵⁴⁻⁶¹. Pour être réellement efficace, les actions d'informations et de compétences parentales sur les parents et les actions éducatives sur les enfants devraient par ailleurs commencer très tôt et, chez les enfants, à un très jeune âge, entre 4 et 6 ans, donc pendant l'enfance^{62,63}, en concentrant l'intervention sur le dépistage et la gestion correcte des troubles de comportement et de l'attention et par la suite sur les styles de vie et les habitudes de santé en garantissant surtout un haut niveau de soins parentaux.</p>
2	Prévention globale envers les comportements à risque	<p>La prévention doit être orientée pour affronter en même temps et globalement la consommation des stupéfiants et psychotropes et l'abus d'alcool (alcool, tabac, drogues, médicaments non prescrits, produits à inhaler, etc.)^{64,65}. Les interventions éducatives/préventives devraient affronter donc surtout les comportements à risque et non pas les simples stupéfiants, dans un contexte général d'éducation à la santé pour l'adoption et le maintien de styles de vie sains⁶⁶⁻⁶⁹.</p> <p>La prévention universelle communautaire est et reste importante^{70,71} et ne doit pas être abandonnée, mais intégrée par des formes plus spécifiques et incisives de prévention.</p>
3	Prévention sélective et indiquée	<p>En dehors de la prévention universelle, il existe d'autres types de prévention prioritaires : la prévention sélective et la prévention indiquée, qui concernent en particulier les jeunes à haut risque de consommation de stupéfiants et de dépendance en raison de facteurs de vulnérabilité⁷²⁻⁷⁵. Les actions de prévention doivent par ailleurs être différenciées en tenant compte du genre, du tempérament, de l'âge (phase de développement) et du contexte dans lequel elles se produisent⁷⁶⁻⁷⁹.</p>
4	Prévention permanente et périodique pour la perception du risque	<p>Les interventions de prévention doivent être permanentes, périodiques et structurées en programmes spécifiques. L'information sur les risques et les lésions provoqués par les drogues doit être sans cesse fournie et adaptée aux capacités de compréhension. Les actions de prévention doivent par ailleurs viser à améliorer la perception du risque, la self-efficacy, l'estime de soi et les capacités de réaction, parce que ces facteurs se sont avérés des facteurs de protection chez la plupart des jeunes. La perception du risque est en effet en mesure de créer une motivation valable à l'acquisition et au maintien de comportements sains et de non-recours aux stupéfiants⁸⁰⁻⁸⁹. Les autres facteurs contribuent en outre à développer et à maintenir des comportements sains. Les individus peuvent avoir des réactions différentes aux messages d'informations d'alerte, mais la plupart d'entre eux modifie de manière positive son comportement^{90,91}. L'information précoce d'alerte (warning information) sur les risques potentiels et sur les lésions provoqués par la consommation de stupéfiants doit être fournie non seulement pour connaître les risques sur la santé, mais aussi les conditions légales et sociales des individus⁹²⁻⁹⁵.</p>

5	Communication et informations anti-drogues cohérentes et basées sur l'évidence	Les interventions éducatives de prévention et les différents messages d'information doivent être cohérents dans leurs contenus et leurs finalités partout où ils sont lancés et parmi tous les opérateurs concernés par ces activités ⁹⁶ . C'est pour cela qu'il est important d'avoir des références scientifiques et culturelles semblables et accréditées, et qu'il faut éviter les messages contradictoires sur l'opportunité de ne jamais recourir à aucun stupéfiant ni à abuser d'alcool. L'information doit être claire et explicite sans laisser de doute sur les risques possibles liés à la consommation de drogues et à l'abus d'alcool ^{97,98} .
6	Désapprobation sociale	L'information doit viser aussi à promouvoir et à maintenir la désapprobation sociale envers l'usage de n'importe quel stupéfiant et substance psychoactive, en particulier le cannabis et l'abus d'alcool qui présentent le degré de perception du risque le plus bas dans la population jeune, alors que ce sont souvent les substances "gateway" qui peuvent accroître le risque d'entamer un parcours évolutif vers la consommation d'héroïne ou de cocaïne. La présence d'un haut degré de désapprobation sociale s'est révélé un facteur scientifiquement efficace pour faire diminuer le début de consommation de stupéfiants ⁹⁹⁻¹⁰⁸ . Par conséquent, afin d'améliorer l'efficacité et l'impact, les actions de prévention devraient être soutenues par une désapprobation sociale explicite et claire à l'encontre de la consommation de toutes les drogues et de l'abus d'alcool qui doivent être par la suite considérées et communiquées comme étant des "non-valeurs" ¹⁰⁹⁻¹¹¹ .
7	Objectifs: famille, école, lieux de travail, communauté sociale et internet	Les activités de prévention devraient être focalisées surtout sur la famille ¹¹² et sur l'école ¹¹³⁻¹¹⁸ , mais les activités de prévention sur les lieux de travail ^{119,120} et dans la communautés sociale ^{121,122} , et sur le réseau internet devraient absolument être incluses. Le réseau est en effet devenu, et il le sera de plus en plus à l'avenir, un centre d'information qui crée une communauté sociale virtuelle (surtout par les social network, les blogs, les chatroom, etc.) et de relation virtuelle très important et abondamment fréquenté par les jeunes ¹²³⁻¹²⁶ . Beaucoup de personnes utilisent aussi le réseau internet pour découvrir et rechercher de nouveaux stupéfiants, tant pour les acheter que pour les vendre. La famille doit elle aussi être mise dans les conditions de pouvoir disposer d'informations correctes, de compétences et de capacités parentales, afin d'être un support éducatif valable. La femme en particulier, depuis la grossesse, devrait savoir qu'il faut éviter toute consommation de stupéfiants et tout abus d'alcool pour ne pas exposer le nouveau-né à un risque accru de vulnérabilité à cause de modifications cérébrales que ces substances peuvent produire sur le fœtus ; les parents devraient aussi pouvoir disposer d'un counseling approprié et de centres spécialisés pour le développement des capacités parentales correctes et de diagnostic précoce (early detection).
8	Approche éducative et renforcement des comportements responsables	La prévention directe qui s'adresse aux jeunes, et en particulier aux très jeunes, s'est révélée efficace surtout si on utilise une approche précoce, ainsi qu'une approche informative d'alerte sur les risques et sur les lésions, une approche éducative, où on privilégie la promotion des relations et des rapports humains, les soins affectueux de ses enfants, associé à un monitoring, à une supervision constante et à des règles claires qu'il faut faire respecter avec autorité, compréhension et soutien dans les difficultés et les incompréhensions ¹³⁴⁻¹³⁷ . Cette approche éducative prévoit aussi le respect et l'acceptation des jeunes, par leurs parents, et surtout la gratification de leurs prises d'autonomie ¹³⁸ . Les évidences scientifiques ont prouvé que pour les personnes vulnérables aussi ces modalités éducatives (menées de manière cohérente en famille et à l'école) peuvent être efficaces pour réduire le risque de consommation de stupéfiants et le développement successif de dépendance, en augmentant la possibilité d'arriver à des comportements et des styles de vie sains et à une bonne résistance envers l'usage, même expérimental, de drogues et l'abus d'alcool ¹³⁹⁻¹⁴¹ . Les programmes pour le développement du renforcement (empowerment) chez les jeunes et l'aboutissement à des comportements responsables, c'est-à-dire de savoir prendre des décisions rationnelles sur leur santé seront augmentés. Il est important et efficace de viser au développement de l'efficacité personnelle, au contrôle des impulsions et aux aptitudes de vie quotidienne. Tout cela pour mettre pleinement en valeur le potentiel des jeunes, pour leur apprendre à se respecter et à respecter les autres, pour atteindre le meilleur niveau social possible, pour pouvoir contribuer par ses propres actions et son propre travail au bien-être de sa famille et de la communauté dans le plein respect de la légalité. Le comportement responsable chez les jeunes adolescents doit donc être soutenu, motivé et mis en valeur.

9	Orientation scientifique et évaluation constante des résultats	Les activités de prévention doivent recourir à des méthodologies basées sur les évidences scientifiques, qui permettent de garantir l'efficacité mais aussi la sécurité des interventions ¹⁴²⁻¹⁴⁴ . Il faut donc distinguer les interventions précisément parce que les individus particulièrement vulnérables sont sensibles d'une certaine manière aux stimulus de la prévention par rapport aux individus qui ne présentent pas de facteurs particuliers de vulnérabilité ¹⁴⁵⁻¹⁴⁷ . L'orientation scientifique prévoit aussi que les interventions de prévention soient constamment évaluées par des systèmes en mesure d'en quantifier les résultats (outcome) et l'impact, ainsi que les coûts et les bénéfices qui en découlent réellement ¹⁴⁸⁻¹⁵³ .
10	Approche équilibrée	Pour être plus efficaces, les interventions de prévention doivent être associées à des interventions visant à réduire la disponibilité de drogues sur le territoire, en conservant le respect de la légalité et en particulier la répression du trafic, de la vente, de la culture et de la production non autorisée. Hormis ces actions qui visent à réduire l'offre, il faut aussi conserver des facteurs et des conditions qui freinent la consommation des drogues par des réglementations et des normes légales dans le respect des droits de l'homme. Tout ceci au sein d'une approche équilibrée qui doit toujours trouver le juste milieu entre les actions de réduction de la demande et les actions de réduction de l'offre ¹⁵⁶ .

Conclusions

Il faut souhaiter que de nombreux États partagent ces principes et parviennent, dans un futur proche, à créer de plus en plus de stratégies efficaces et des interventions de prévention de manière coordonnée et concrète.

Ce mémorandum d'entente constitue la proposition italienne qui entend créer une base de perceptions et d'actions communes et veut contribuer à sensibiliser davantage, surtout les décideurs, envers le besoin d'augmenter les interventions coordonnées dans le monde entier de prévention de consommation de stupéfiants chez les jeunes.

L'avenir de tous les pays dépend de ce que nous réussirons à construire pour nos jeunes et si nous réussirons à protéger leur santé physique, mentale ainsi que l'intégrité sociale afin que s'exprime au mieux leur potentiel créatif, intellectuel, professionnel et spirituel.

Nous considérons que pouvoir disposer d'options et de mesures de prévention à l'offre de drogues est un droit de l'homme à assurer aux jeunes générations. En particulier, être protégés de l'offre de drogues est un droit des enfants^{157,158}. Nous ne pouvons accepter une société où l'usage des drogues est considéré comme un style de vie.

La liberté d'utiliser des drogues ne peut être considérée comme un droit de l'homme.

Les politiques pour la prévention de la consommation de drogues doivent être considérées comme une priorité dans les politiques sanitaires, sociales et économiques des pays.

Nous considérons en outre que¹⁵⁹⁻¹⁶⁵ toutes les mesures législatives qui comportent une augmentation de la disponibilité et donc de l'accès de la population, vulnérable surtout, à la consommation de stupéfiants actuellement illégaux (y compris dans un but récréatif ou autoprescrit de stupéfiants, in primis le cannabis¹⁶⁶⁻¹⁶⁸), sont susceptibles d'accroître dans le temps les consommations de drogues, de faire diminuer la désapprobation sociale¹⁶⁹ envers leur usage, de faire diminuer la perception du risque¹⁷⁰ en augmentant le risque de sensibilisation précoce cérébrale envers les drogues et donc d'une évolution vers la dépendance, surtout chez les jeunes et les individus vulnérables¹⁷¹⁻¹⁷⁴. Par conséquent, ces mesures ne doivent pas être considérées comme fondées scientifiquement, valables, acceptables et donc à utiliser dans les stratégies modernes de prévention, qui pourraient être fortement compromises par l'intégration de politiques orientées en ce sens.

Nous croyons que la société de demain doit être une société libre des drogues, de l'abus d'alcool et du tabac, et que ceci n'est possible qu'à travers l'engagement et le travail constant de nous tous.

Bibliographie

- Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D., Addiction circuitry in the human brain, *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2012 Feb 10;52:321-36. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625. Epub 2011 Sep 27.
- Uhart M, Wand GS. Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research, *Addict Biol.* 2009 Jan;14(1):43-64. Epub 2008 Oct 9.
- Gardner EL. Addiction and brain reward and antiward pathways, *Adv Psychosom Med.* 2011;30:22-60. Epub 2011 Apr 19.
- Somaini L, Donnini C, Manfredini M, Raggi MA, Saracino MA, Gerra ML, Amore M, Leonardi C, Serpelloni G, Gerra G., Adverse childhood experiences (ACEs), genetic polymorphisms and neurochemical correlates in experimentation with psychotropic drugs among adolescents. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011 Aug;35(8):1771-8. Epub 2010 Dec 8.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral Healthcare, 2011.
- Gentilello LM. Confronting the obstacles to screening and interventions for alcohol problems in trauma centers. *J Trauma.* 2005 Sep;59(3 Suppl):S137-43; discussion S146-66.
- Miller T and Hendrie, D. Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis, DHHS Pub. No. (SMA) 07-4298. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008.
- Spoth RL, Guyll M, Day SX. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Iowa State University, Institute for Social and Behavioral Research, Ames 50010-8296, USA. J Stud Alcohol.* 2002 Mar;63(2):219-28.
- Goler NC, Armstrong MA, Osejo VM, Hung YY, Haimowitz M, Caughey AB. Early start: a cost-beneficial perinatal substance abuse program. Department of Obstetrics, The Permanente Medical Group, Vallejo, California, USA. *Obstet Gynecol.* 2012 Jan;119(1):102-10.
- Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. Department of Surgery, Division of Burns, Trauma and Critical Care, Parkland Memorial Hospital, University of Texas Southwestern Medical School, 5323 Harry Hines Boulevard, MC 9158, Dallas, Texas, USA. *Ann Surg.* 2005 Apr;241(4):541-50.
- Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity, *Pediatr Clin North Am.* 2002 Apr;49(2):463-77.
- Goullé JP, Verstraete A, Boulou R, Costentin J, Foucher JP, Raes E, Tillement JP., Illicit drugs, medications and traffic accidents, *Ann Pharm Fr.* 2008 Aug;66(4):196-205. Epub 2008 Aug 23.
- Vitale S, van de Mheen D., Illicit drug use and injuries: A review of emergency room studies, *Drug Alcohol Depend.* 2006 Mar 15;82(1):1-9. Epub 2005 Sep 23.
- Volkow ND., Fowler JS, Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex, *Cereb. Cortex.* 2000 10 (3): 318-325.
- Leshner AI, Addiction Is a Brain Disease, and It Matters, *Science* 3 October 1997: Vol. 278 no. 5335 pp. 45-47.
- Dackis C, O'Brein C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications., *Nat Neurosci.* 2005 Nov; 8(11): 1431-6. Review.
- Gilbert J Botvin, Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors, Volume 25, Issue 6, November–December 2000, Pages 887–897.
- Paus T, Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence, *Trends in Cognitive Sciences.* Vol 9(2), Feb 2005, 60-68.
- Beatriz Lunaa, Keith R. Thulborn, Douglas P. Munoz, Elisha P. Merriam, Krista E. Garver, Nancy J. Minshew, Matcheri S. Keshavan, Christopher R. Genovese, William F. Eddy, John A. Sweeney, Maturation of Widely Distributed Brain Function Suberves Cognitive Development, Volume 13, Issue 5, May 2001, Pages 786–793.
- Giedd JN, et al. (1999) Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nat Neurosci* 2:861–863.
- Paus T, op. cit.
- Jager G, Ramsey NF (2008) Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: An overview of animal and human research. *Curr Drug Abuse Rev* 1:114–123
- Rubino T, et al. (2009) Changes in hippocampal morphology and neuroplasticity induced by adolescent THC treatment are associated with cognitive impairment in adulthood. *Hippocampus* 19:763–772.
- Paus T, op. cit.
- Serpelloni G, Bricolo F, Mozzoni M, Elementi di Neuroscienze e Dipendenza, Verona, 2008.
- Alberta, Longitudinal development of Human Brain Wiring Continues from Childhood into Adulthood, Edmonton, Alberta T6G 2V2, Canada, th Journal of Neuroscience, July 27, 2011.
- Meier MH, Caspia A, Ambler A, Harrington HL, Houts R, Keefe RSE, McDonald K, Ward A, Poulton R, and Moffitt TE, Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Edited by Michael I. Posner, University of Oregon, Eugene, OR, and approved July 30, 2012 (received for review April 23, 2012).
- Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice? *Am J Psychiatry* 2005; VOL. 162: 1403-1413. No 8, 2005.
- Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex, *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1642-1652
- Goldstein RZ, Volkow ND, op. cit.
- Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, Racine M, Lukas SE (2011) Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav.* 10.1037/a0026269.
- Harvey MA, Sellman JD, Porter RJ, Frampton CM (2007) The relationship between non-acute adolescent cannabis use and cognition. *Drug Alcohol Rev* 26:309–319.
- Medina KL, et al. (2007) Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: Subtle deficits detectable after a month of abstinence. *J Int Neuropsychol Soc* 13:807–820.
- Solowij N, et al. (2011) Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology (Berl)* 216:131–144.
- Ehrenreich H, et al. (1999) Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology (Berl)* 142:295–301.
- Fontes MA, et al. (2011) Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *Br J Psychiatry* 198:442–447.
- Solowij N, Pesa N (2010) [Cognitive abnormalities and cannabis use]. *Rev Bras Psiquiatr* 32(Suppl 1):S31–S40.
- Wilson W, et al. (2000) Brain morphological changes and early marijuana use: A magnetic resonance and positron emission tomography study. *J Addict Dis* 19:1–22.
- Hanson KL, et al. (2010) Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addict Behav* 35:970–976.
- Jager G, Block RI, Luijten M, Ramsey NF (2010) Cannabis use and memory brain function in adolescent boys: A cross-sectional multicenter functional magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49:561–572, 572, e1–e3.
- Hyman SE, Malenka RC, Addiction and the brain: the Neurobiology of compulsion and its persistence, *Nature reviews*, Volume 2, October 2001.
- Ashtari M, et al. (2011) Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. *J Psychiatr Res* 45:1055–1066.
- Goldstein RZ, Volkow ND, op. cit.
- Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2008 Oct 12;363(1507):3125-35.
- Vanderschuren LJ, Everitt BJ, Behavioral and neural mechanisms of compulsive drug seeking. *Eur J Pharmacol.* 2005 Dec 5;526(1-3):77-88. Epub 2005 Nov 28.
- Verdejo-Garcia A, Lawrence AJ, Clark L (2008) Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 32:777–810.
- Low NC, Dugas E, O'Loughlin E, Rodriguez D, Contreras G, Chaiton M, O'Loughlin J. Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry.* 2012 Aug 17;12:116. doi: 10.1186/1471-244X-12-116.
- Kalivas PW, Ph.D., Volkow ND, M.D., The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice, *The American Journal of Psychiatry*, VOL. 162, No. 8, 2005.
- Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR. Epigenetics of drug abuse: predisposition or response, *Pharmacogenomics.* 2012 Jul;13(10):1149-60.
- Robison AJ, Nestler EJ., Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction, *Nat Rev Neurosci.* 2011 Oct 12;12(11):623-37. doi: 10.1038/nrn3111.
- Spoth RL, Redmond C, Trudeau L Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs., *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 16(2), Jun 2002, 129-134.
- Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman, MEP, Prevention that works for children and youth: An introduction., *American Psychologist*, Vol 58(6-7), Jun-Jul 2003, 425-432.
- Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, Lawrence FR and Henry KL., Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents, *Health Education Research Theory & Practice* Vol.21 no.1 2006 Pages 157–167.
- Chia-Shan Wu, Jew CP & Hui-Chen Lu. Lasting impacts of prenatal cannabis exposure and the role of endogenous cannabinoids in the developing brain. *Future Neurol.* (2011) 6(4), 459–480.
- Jutras-Aswad D, Di Nieri JA, Harkany T, Hurd YL. Neurobiological consequences of maternal cannabis on human fetal development and its neuropsychiatric outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* Volume 259, Number 7 / October, 2009.
- Hurt H, Giannetta JM, Korczykowski M, Hoang A, Tang KZ, Belancourt L, Brodsky NL, Shera DM, Farah MJ, Detre JA: Functional magnetic resonance imaging and working memory in adolescents with gestational cocaine exposure. *J Pediatr* 2008; 152: 371–377.
- Richardson CA, Goldschmidt L, Larkby C. Effects of prenatal cocaine exposure on growth: a longitudinal analysis. *Pediatrics* 2007;120:1017–1027.
- Volpe JJ: Effect of cocaine use on the fetus. *New Engl J Med* 1992; 327: 399–407.
- Zabaneh R, Smith LM, LaGasse LL, et al. The effects of prenatal methamphetamine exposure on childhood growth patterns from birth to three years of age [published ahead of print on August 4, 2011]. *Am J Perinatol.*
- Eriksson M., Billing L., Steneroth G., Health and development of 8-year-old children whose mothers abused amphetamine during pregnancy. *Acta Paediatr Scand* (1989) 78 : pp 944-949.
- Mattson SN, Riley EP. A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:279-94.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP. The relationship between services delivered and substance use outcomes in New Mexico's Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment (SBIRT) Initiative. *Drug Alcohol Depend.* 2011 Nov 1;118(2-3):152-7. Epub 2011 Apr 9.
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., Evaluation of the Washington state screening, brief intervention, and referral to treatment project: cost outcomes for Medicaid patients screened in hospital emergency departments. *Med Care.* 2010 Jan;48(1):18-24.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, op. cit.
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
- Botvin, Gilbert J.; Baker, Eli; Dusenbury, Linda; Tortu, Stephanie; Botvin, Elizabeth M., Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Vol 58(4), Aug 1990, 437-446.
- Dishion T, Kavanagh K, Schneiger AKJ, Nelson S, and Kaufman N. Preventing early adolescent substance use., *Prevention Science* 3(3):191–202, 2002.
- Gerstein DR and Green LW, eds. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press, 1993.
- Hansen WB, Giles SM and Fearnow-Kenney, M.D. *Improving Prevention Effectiveness.* Greensboro, NC: Tangierwood Research, 2000.
- Skara S, Sussman S., A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations, *Prev Med.* 2003 Nov;37(5):451-74.
- Chou CP, Montgomery S, Pentz MA, Rohrbach LA, Johnson CA, Flay BR, and MacKinnon DP, Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents, *Am J Public Health.* 1998 June; 88(6): 944-948.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, op. cit.
- Swendsen J, Le Moal M., Individual vulnerability to addiction., *Ann N Y Acad Sci.* 2011 Jan;1216:73-85.
- National Institute on Drug Abuse., *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction.* 2007.
- Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Vol 112(1), Jul 1992, 64-105.
- Schwinn TM, corresponding author Schinke SP, and Di Noia J. *Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention.* *Prev Sci.* 2010 March; 11(1): 24.
- Sabet KA, Gender-based Approaches to Drug Prevention, Treatment, and Rehabilitation: From Research to Practice, presentation at the DAdnet 2012 meeting, Rome, 2012.
- Moon D, Hecht M, Jackson K and Spellers R. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse,* 34(8):1059–1083, 1999.
- Demarsh J, PhDa, & Kumpfer KL, PhD, Family-Oriented Interventions for the Prevention of Chemical Dependency in Children and Adolescents, *Journal of Children in Contemporary Society*, Volume 18, Issue 1-2, 1986
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
- Sussman S, Dent CW and Stacy AW. Project Toward No Drug Abuse: A review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behavior* 26(5):354–365, 2002.
- Spoth RL, Redmond D, Trudeau L and Shin, C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*

83. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction*. 2011 May 6.
84. Andreasen A, Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
85. Lorch E, Palmgreen P, Donohew L, Helm D, Baer SA, & Dsilva MU. (1994) Program context, sensation seeking and attention to televised anti-drug public service announcements. *Human Communication Research*, 20, 390-412.
86. Maibach, Parrott, Designing health messages approaches from Communication theory and public health practice. Thousand Oaks, CA: Sage., 1995.
87. University of Toronto, Overview of health communication campaigns. Toronto, Canada: Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 1999.
88. Xiao Z. Sensation seeking and impulsivity: The direct and indirect effects of adolescent marijuana use. *Journal of Substance Use* 13, 415-433, 2008.
89. Zollo P. Wise up to teens. Insights into marketing and advertising to teenagers. Ithaca, NY: New strategist Publication., 1995.
90. Xiao Z., op. cit.
91. Zollo P., op. cit.
92. Palmgreen P, Lorch EP, Stephenson MT, Hoyle RH, Donohew L. Effects of the Office of National Drug Control Policy's Marijuana Initiative Campaign on High-Sensation-Seeking Adolescents. *American Journal of Public Health* 2007;97(9):1644-9.
93. Agostinelli G, and Grube JW. (2002). 'Alcohol counter-advertising and the media – a review of recent research', *Alcohol research and health* 26 (1), pp. 15-21.
94. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL., Thompson RS, Rajab W, & Task Force on Community Preventive Services. (2004).
95. National Cancer Institute (2008). 'The role of the media in promoting and reducing tobacco use', Tobacco Control Monograph No 19, NIH Pub No 07-6242. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
96. Hawkins JD, Catalano RF and Arthur M. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1-26, 2002.
97. Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, Lawrence FR and Henry KL, op. cit.
98. Wakefield MA, Loken B and Hornik RC (2010), 'Use of mass media campaigns to change health behaviour', *Lancet*; 376: 1261-71.
99. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., op. cit.
100. Andreasen A, op. cit.
101. Kumar R, O'Malley PM, Johnston LD, Schulenberg JE, Bachman JG., Effects of school-level norms on student substance use., *Prev Sci*. 2002 Jun;3(2):105-24.
102. Stoddard SA, Bauermeister JA, Gordon-Messer D, Johns M, Zimmerman MA., Permissive norms and young adults' alcohol and marijuana use: the role of online communities., *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Nov;73(6):968-75.
103. Biglan A, Duncan, TE, Ary, DV & Smolkowski, K., Peer and parental influences on adolescent tobacco use, *J Behav Med*, 18, 315-30., 1995.
104. Wang J, Simons-Morton BG, Farhat T & Luk JW. Socio-Demographic Variability in Adolescent Substance Use: Mediation by Parents and Peers. *Prev Sci*, 2009.
105. Bachman JG, Johnston LD, O'Malley PM & Humphrey RH. (1988), Explaining the recent decline in marijuana use: differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors, *J Health Soc Behav*, 29, 92-112.
106. Fishbein M & Ajzen I. Beliefs, attitude, intention, and behavior (Reading, MA, Addison Wesley), 1975.
107. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55, 13-21., 2007.
108. Brown TN, Schulenberg JE, Bachman JG, O'Malley PM & Johnston LD. (2001) Are risk and protective factors for substance use consistent across historical time? National data from twenty-two consecutive cohorts of high school seniors, *Prev Sci*, 2, 29-43.
109. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55, 13-21., 2007.
110. Brown TN, Schulenberg JE, Bachman JG, O'Malley PM & Johnston LD. (2001) Are risk and protective factors for substance use consistent across historical time? National data from twenty-two consecutive cohorts of high school seniors, *Prev Sci*, 2, 29-43.
111. Musick K, Seltzer JA & Schwartz CR. Neighborhood Norms and Substance Use among Teens, *Soc Sci Res*, 37, 138-155., 2008.
112. Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P and Bellamy N. Cultural sensitivity in universal family-based prevention interventions. *Prevention Science* 3(3):241-246, 2002.
113. UNODC, Guide to implementing family skills programmes for drug abuse prevention, 2009.
114. Ashery RS, Robertson EB, and Kumpfer KL, eds. Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1998.
115. August GJ, Realmuto GM, Hektner JM and Bloomquist ML. An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(4):614-626, 2001.
116. Battistich V, Solomon D, Watson M and Schaps E. Caring school communities. *Educational Psychologist* 32(3):137-151, 1997.
117. Dishion T and Kavanagh KA. Multilevel approach to family-centered prevention in schools: Process and outcome. *Addictive Behaviors* 25:899-911, 2000.
118. MacKinnon DP, Johnson CA, Pentz MA, Dwyer JH, Hansen WB, Flay BR, Wang EY-I. Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology* 1991;10(3):164-72.
119. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Making Your Workplace Drug-Free, 2007.
120. Aguirre-Molina M, and Gorman DM. Community-Based Approaches for the Prevention of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use, *Annual Review of Public Health*, Vol. 17: 337-358, 1996.
121. Caplan YH, Huestis MA, Drugs in the workplace, in Karch S.B., Workplace drug testing, 2007.
122. Hawkins JD and Catalano RF. Communities That Care: Action for Drug Abuse Prevention. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992.
123. Hawkins JD and Catalano RF., op. cit.
124. Champion KE, Newton NC, Barrett EL, Teesson M., A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet, *Drug Alcohol Rev*. 2012 Oct 8.
125. Newton NC, Teesson M, Vogl LE, Andrews G., Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):749-59. Epub 2010 Feb 9.
126. EU Kids Online: Final Report September 2011.
127. Mann T, Sherman D, and Updegraff J. Dispositional Motivations and Message Framing: A Test of the Congruency Hypothesis in College Students. *Health Psychol*. Author manuscript; available in PMC 2008 October 30. Published in final edited form as: *Health Psychol*. 2004 May; 23(3): 330-334. doi: 10.1037/0278-6133.23.3.330.
128. Sherman DK, Mann T, Updegraff JA. Approach/Avoidance Motivation, Message Framing, and Health Behavior: Understanding the Congruency Effect. Department of Psychology, University of California, Santa Barbara, California. *Motiv Emot*. 2006 Jun;30(2):165-169.
129. Sherman DK, Updegraff JA, Mann T. Improving oral health behavior: a social psychological approach. Department of Psychology, University of California, Santa Barbara, Santa Barbara, Calif. 93106, USA.
- J Am Dent Assoc. 2008 Oct;139(10):1382-7.
130. Gerend MA, Shepherd JE, Monday KA. Behavioral frequency moderates the effects of message framing on HPV vaccine acceptability. Department of Medical Humanities and Social Sciences, Florida State University College of Medicine, 1115 West Call Street, Tallahassee, FL 32306-4300, USA. *Ann Behav Med*. 2008 Apr;35(2):221-9. Epub 2008 Mar 12.
131. Gray JB, Harrington NG. Narrative and framing: a test of an integrated message strategy in the exercise context. Department of Communication, Appalachian State University, Boone, North Carolina 28608, USA. *J Health Commun*. 2011 Mar;16(3):264-81.
132. Rothman AJ, Salovey P. Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. Department of Psychology, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota 55455, USA. *Psychol Bull*. 1997 Jan;121(1):3-19.
133. Fukunaga R, Bogg T, Finn PR, Brown JW. Decisions During Negatively-Framed Messages Yield Smaller Risk-Aversion-Related Brain Activation in Substance-Dependent Individuals. *Psychol Addict Behav*. 2012 Nov 12. [Epub ahead of print]. Advance online publication. doi: 10.1037/a0030633.
134. Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
135. Kumpfer KL, Molgaard V, Spoth RP, Ray DeV. (Ed); McMahon, RJ(Ed). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency., Banff international behavioral science series, Vol. 3., pp. 241-267, 1996.
136. Kumpfer KL, Johnson JL. Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents, *Addictions*. 2007;19(1):13-25.
137. Deborah A. Cohen A1 and Kathryn L. P. Linton A, Parent Participation in An Adolescent Drug Abuse Prevention Program, *Journal of Drug Education*, Volume 25, Number 2, pp. 159 – 169, 1995.
138. Kumpfer KL, Johnson JL., op. cit.
139. Schuck S. A unique school intervention model for children "at risk", II^o Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
140. Angela JY, Liang MA. Parent training and Multiple Family Groups, II^o Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
141. Polzonetti CM. Organization and dissemination of evidence based research in neurodevelopmental disorders, II^o Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
142. Linney JA, Wandersman A. Prevention Plus III: Assessing Alcohol and Other Drug Prevention Programs at the School and Community Level. A Four-Step Guide to Useful Program Assessment., 1991.
143. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, A participatory handbook for youth drug abuse prevention programmes. A guide for development and improvement, United Nations, New York, 2002.
144. National Institute on Drug Abuse, Preventing Drug Use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, 2003.
145. Kalivas PW, Ph.D., Volkow ND, M.D., op. cit.
146. Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR., op. cit.
147. Robison AJ, Nestler EJ., op. cit.
148. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM., op. cit.
149. Linney JA, Wandersman A., op. cit.
150. <http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/drug-abuse-prevention>
151. <http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/prevention-principles>
152. <http://www.whitehouse.gov/ondcp/prevention-intro>
153. French MT, Roebuck MC, McLellan AT, Sindelar JL. Can the Treatment Services Review be used to estimate the costs of addiction and ancillary services?, *J Subst Abuse*, 2000; 12(4): 341-61.
154. White House Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, 2010 e 2012.
155. <http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/consult-paper-toc-consult-paper-pol-consult-paper-pol-pri-consult-paper-pol-pri-bal>
156. French MT, Roebuck MC, McLellan AT, Sindelar JL., op. cit.
157. Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989, art. 33.
158. United Nations Office on Drugs and Crime, Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem, High-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11-12 Marzo 2009.
159. Dipartimento Politiche Antidroga, Main principles of the Italian position against drug use - The reasons for saying NO to the legalisation of drugs, Rome, 1 November 2011.
160. Caulkins JP, Kilmer B, MacCoun RJ, Pacula RL, Reuter P. Design considerations for legalizing cannabis: lessons inspired by analysis of California's Proposition, *Addiction*. 2012 May;107(5):865-71. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03561.x. Epub 2011 Oct 10.
161. Cerdá M, Wall M, Keyes KM, Galea S, Hasin D. Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Jan 1;120(1-3):22-7. Epub 2011 Nov 17.
162. Svrakic DM, Lustman PJ, Mallya A, Lynn TA, Finney R, Svrakic NM. Legalization, decriminalization & medicinal use of cannabis: a scientific and public health perspective. Washington University School of Medicine, St Louis, USA.
163. Amirav I, Luder A, Viner Y, Finkel M. Decriminalization of cannabis—potential risks for children? *Acta Paediatr*. 2011 Apr;100(4):618-9. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02081.x. Epub 2010 Dec 1.
164. Joffe A, Yancy WS. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Legalization of marijuana: potential impact on youth. *Pediatrics*. 2004 Jun;113(6):e632-8.
165. DEA - Drug Enforcement Administration, SPEAKING OUT Against Drug Legalization, 2010.
166. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use, *Lancet*, 2009; 374: 1383-91.
167. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis, *BMJ* 2012;344:e536 doi: 10.1136/bmj.e536 (Published 9 February 2012).
168. LaBrie JW, Hummer JF, Lac A., Comparing injunctive marijuana use norms of salient reference groups among college student marijuana users and nonusers., *Addict Behav*. 2011 Jul;36(7):717-20. Epub 2011 Feb 12
169. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., op. cit.
170. Joffe A, Yancy WS., op. cit.
171. Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP., op. cit.
172. Swendsen J, Le Moal M., op. cit.
173. National Institute on Drug Abuse., op. cit.
174. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY., op. cit.

Mémoire d'entente pour la mise en place de mesures alternatives à la prison pour les toxicomanes qui commettent des délits



Rome, 9-10 octobre 2012

Introduction et préliminaires

Très souvent, les toxicomanes commettent des délits liés à leur maladie et à leur besoin de se procurer de la drogue. Pour cette raison, les prisons de nombreux pays renferment un pourcentage considérable de toxicomanes. Cette présence importante crée des problèmes de surpopulation carcérale et des difficultés liées à la présence de programmes de réhabilitation faiblement efficaces et de vraie récupération du toxicomane. La Single Convention on Narcotics Drugs del 1961, modifiée en 1972, à l'art. 36, point 1 lettre b, précisait déjà qu'on peut prévoir des mesures de traitement, de formation, de soins, de réhabilitation et de réinsertion sociale de la personne¹.

Mais il faut penser à une nouvelle approche à l'égard des toxicomanes qui commettent des délits, en choisissant l'opportunité que la restriction de leur liberté fournit et en la transformant en parcours de vraie récupération hors de la prison, moyennant aussi un recours plus fréquent à des personnes emprisonnées pour des travaux socialement utiles.

Il faut donc envisager une nouvelle orientation du système de la justice pénale qui investirait davantage sur la récupération et la réhabilitation des toxicomanes hors de la prison.

Ce document veut sensibiliser l'opinion publique et les décideurs sur la nécessité d'adopter des mesures alternatives à la prison qui offrent des parcours thérapeutiques et de réhabilitation à l'emprisonnement, puisque ceux-ci ont prouvé leur efficacité par rapport à la détention en réduisant ou en faisant cesser la consommation de drogues et les comportements criminels qui y sont liés.

L'importance économique de ces mesures ne laissera pas indifférente, tant celles-ci peuvent générer des avantages et des économies d'argent pour toute la communauté en aidant ces personnes à redevenir autonomes, productives, capables de soutenir leur famille et à être plus intégrées dans la société.

Ce document ne veut pas aborder la dépénalisation de la consommation de stupéfiants, car ce choix revient clairement à l'autonomie indiscutable de chaque État, mais il espère focaliser l'attention, quelle que soit la législation en place dans chaque pays, sur le fait qu'il existe d'autres opportunités et solutions - peut-être plus appropriées d'ailleurs - que la prison pour les toxicomanes qui ont commis des délits liés à leur état. Cette approche ne se veut en aucun cas une demande d'«amnistie inconditionnée» envers tous ceux qui recourent aux stupéfiants et ont commis des délits, mais seulement une alternative possible à l'emprisonnement qui permet de recourir à des traitements thérapeutiques et de réhabilitation, appropriés et efficaces, pour ces personnes qui en ont réellement le droit en vertu de leur maladie, liée à la toxicomanie.

La vente, la production non autorisée, la culture, le trafic de stupéfiants sont des actions et des conduites susceptibles d'être poursuivies parce qu'elles peuvent miner la santé et la stabilité de toute la communauté. Être toxicomane ne justifie pas ces comportements qui restent socialement préjudiciables et répréhensibles en tout cas.

Principes pour la mise en place de mesures alternatives à la prison

Le tableau suivant mentionne les principes à partager pour définir des stratégies et des interventions visant à faciliter l'accès des mesures alternatives à la prison des toxicomanes qui ont commis des délits.

1 La dépendance de stupéfiants est une maladie

La toxicomanie et l'alcoolisme sont des maladies du cerveau qu'on peut prévenir, soigner et guérir. Elles sont causées par une consommation prolongée et continue de stupéfiants ou d'alcool et par la présence combinée de facteurs génétiques, psychiques et socio-environnementaux²⁻⁸.

2	L'usage de drogues (en l'absence de dépendance)	<p>Recourir aux drogues occasionnellement ou périodiquement (en l'absence de dépendance) est un comportement à haut risque pour la santé, qui peut être volontairement évité et devrait être considéré un délit administratif à sanctionner par voie civile^{9,10} afin de fortement dissuader et de protéger aussi la population d'éventuels dommages que ces personnes pourraient provoquer à des tiers (accidents de la route, du travail, etc.) suite à une diminution de l'attention et une carence psychomotrice que la consommation de drogues provoque¹¹⁻¹⁴.</p>
3	Le toxicomane n'est pas un criminel simplement parce qu'il consomme des stupéfiants	<p>Personne, par le simple motif qu'il recourt à des substances stupéfiantes ou à l'alcool et en est dépendant ne peut être criminalisé ; au contraire le sujet doit être compris dans sa maladie, soutenu, motivé et aidé à entreprendre et à suivre (y compris moyennant l'application de la loi) un traitement sérieux, à travers des soins efficaces, sûrs et orientés à la récupération totale de la personne et de son autonomie¹⁵⁻¹⁸. La dépendance des drogues, s'agissant donc d'une maladie, ne peut être criminalisée, c'est-à-dire considérée comme un délit et donc punie par des peines ou des détentions.</p> <p>Personne ne peut être discriminé parce qu'il est toxicomane, mais les personnes en situation de détention doivent être traitées dans le respect des droits de l'homme¹⁹⁻²².</p> <p>Les évidences montrent que ceux qui recourent aux drogues ou abusent de l'alcool sont plus facilement impliqués dans des actions criminelles (vente, trafic, vol, rapine, violences, etc.) et ceci peut dépendre des besoins et des nécessités de se procurer de l'argent pour l'achat de la drogue ou d'instaurer des rapports avec des personnes qui en vendent et qui appartiennent au système criminel. Il faut considérer aussi que cela pourrait dépendre d'un choix de vie anti-social de la personne qui décide de ne pas accepter les normes et les règles sociales de cohabitation et de se procurer un revenu en restant dans la légalité indépendamment de la consommation de stupéfiants²³⁻²⁷. Le comportement criminel peut par ailleurs s'expliquer non seulement par les conditions mentionnées ci-dessus, mais aussi par les effets de ces drogues, avant tout la cocaïne et l'amphétamine, utilisées souvent par les délinquants non toxicomanes pour se donner du courage lorsqu'ils accomplissent des actions criminelles.</p>
4	Toxicomanie et crimes : ne pas y penser en termes de répression, mais en vue d'une réhabilitation et d'une réinsertion sociale	<p>Certains toxicomanes commettent des crimes de plusieurs types, parfois sans rapport avec leur maladie et les besoins qui en dérivent. Ces comportements peuvent être compris sur le plan humain, mais pas social, et ils ne peuvent trouver de justification légale ; ils doivent donc être punis selon la loi, en donnant toutefois la possibilité de commuer les peines en parcours alternatifs de soins et de réhabilitation pour pouvoir résoudre d'une part la maladie neuropsychique et d'autre part la déviance sociale qui s'ensuit³¹⁻³⁴.</p> <p>La loi devrait prévoir en effet que celui qui commet des crimes (non pas violents ou contre la personne) à cause de besoins liés à la toxicomanie, puisse commuer sa peine en un parcours alternatif de soins, de réhabilitation et de travaux socialement utiles. Cette condition peut constituer une occasion de réhabilitation et de récupération du sujet.³⁵⁻³⁸</p>

5	Prison is not the right place to treat addictions and for rehabilitation	<p>La prison n'est pas un lieu de soins pour toxicomanes. Une peine exclusivement répressive peut restituer à la collectivité des sujets qui ont empiré dans leurs problèmes psycho-comportementaux et sociaux. Seul un emprisonnement converti en parcours thérapeutiques et de réhabilitation, c'est-à-dire capables d'accompagner et de soutenir le détenu pendant toute l'expiation de sa peine, permet d'arriver à sa récupération totale. C'est seulement dans ce cas que la peine devient une occasion de guérison pour le sujet et de gain pour la société qui récupère son membre dans le plein exercice de ses potentialités³⁹⁻⁴².</p> <p>Un autre aspect très important consiste à utiliser le conditionnement positif, qui peut dériver de l'application des peines alternatives, aux parcours de soins et de réhabilitation, ce qui est rationnel et opportun⁴³⁻⁴⁵ précisément dans l'intérêt du patient touché par une maladie qui mine l'organisme et altère la capacité décisionnelle, la motivation et donc la volonté de sortir de manière autonome de sa dépendance s'il n'est pas soutenu et aidé correctement, dans le respect en tout cas des droits de l'homme⁴⁶⁻⁴⁹.</p>
6	Promotion accrue du recours aux mesures alternatives à la prison et aux parcours thérapeutiques et de réhabilitation pour les toxicomanes	<p>On assiste par conséquent au besoin de promouvoir de nouvelles procédures notamment pour faire diminuer la présence de toxicomanes en prison et stimuler l'application de parcours alternatifs de soins et de réhabilitation⁵⁰⁻⁵¹.</p> <p>Il faut donc promouvoir des formes de peine alternatives pour éviter tant l'entrée en prison des toxicomanes qui commettent des délits (en commutant immédiatement la peine de détention en parcours assistés en dehors de la prison) et, simultanément, stimuler la sortie des toxicomanes déjà présents en prison à travers la mise en place de programmes de réhabilitation⁵²⁻⁵⁴.</p> <p>Le recours à des toxicomanes pour des travaux socialement utiles coordonnés par des organisations de volontariat est très approprié et efficace.</p>
7	Entrée en prison et diagnostic de toxicomanie : intervention immédiate et basée sur l'évidence	<p>Afin d'appliquer correctement les mesures alternatives à la prison aux personnes ayant de réels besoins socio-sanitaires, en évitant un usage instrumental et manipulateur de cette opportunité par certains détenus, il faut toujours qu'à l'entrée de la prison un diagnostic correct spécialisé soit émis pour vérifier l'existence de toxicomanie, en recourant à des critères standards qui font référence, par exemple, au DSM IV et à l'ICD 10⁵⁵⁻⁵⁹. Il faut aussi vérifier simultanément l'existence de maladies infectieuses liées à la drogue dont il faut tenir compte aussi dans l'organisation de programmes de réhabilitation personnalisés⁶⁰⁻⁶¹.</p>
8	Meilleure intégration entre opérateurs de la justice, de la santé et du social : une synergie efficace, en faveur de l'individu et de la collectivité	<p>La justice peut jouer, dans la réhabilitation, un rôle important qui ne soit pas exclusivement répressif.</p> <p>Les effectifs chargés de mettre en place et de faciliter le recours à des mesures alternatives doivent être mieux intégrés, donc composés de magistrats et d'opérateurs sanitaires, sociaux et pénitentiaires, associés dans la même volonté de réhabilitation et de récupération du toxicomane⁶²⁻⁶⁴.</p> <p>Les effectifs doivent être bien formés, motivés et soutenus dans leurs actions par les autorités compétentes. La formation de base devrait être commune, pluridisciplinaire et concerner tant les aspects neuro-scientifiques, thérapeutiques, de réhabilitation, cognitifs, comportementaux et légaux⁶⁵⁻⁶⁸.</p>

9	Des parcours alternatifs efficaces, soutenables et moins coûteux	Les parcours thérapeutiques alternatifs à la prison sont soutenables et font économiser de l'argent à la communauté et des souffrances à l'individu et à sa famille. Un toxicomane en prison coûte plus cher qu'une personne en traitement de réhabilitation alternative ⁶⁹ . La mesure alternative génère un double avantage : le sujet est soigné et récupéré, tandis que la société gagne un élément réhabilité, réinséré et productif. La mesure alternative est la forme principale de réaction aux récidives de délit.
10	Introduction de systèmes permanents d'évaluation des résultats, des coûts et des bénéfices	Les interventions thérapeutiques et réhabilitatives requièrent des actions indispensables et des systèmes d'évaluation tant des résultats, avec des indicateurs concrets et décelables (par ex. : pourcentage de sujets qui ne sont pas retombés dans des activités criminelles, pourcentage de sujets qui ne sont pas retombés dans la consommation de stupéfiants et dans la dépendance, temps de rechute), que des coûts (coûts des programmes mis en place par rapport à leur efficacité réelle) et des bénéfices directs (économie des coûts de la présence des toxicomanes en prison, revenus productifs réactivés par des programmes de réhabilitation) ⁷⁰⁻⁷² .
11	Garantir des parcours alternatifs à la prison avec une attention spéciale pour les femmes	Il faut veiller au problème de la détention pour crimes liés à la consommation de stupéfiants et à l'abus d'alcool des femmes et prévoir des mesures qui leur soient spécifiques ⁷³⁻⁷⁵ . Prévoir tout de suite des parcours de récupération alternatifs à la prison pour les femmes s'explique aussi et surtout par la responsabilité familiale que celles-ci ont à l'égard des enfants et du fait que souvent elles sont le seul géniteur qui s'occupe des enfants ⁷⁶⁻⁷⁸ . En effet, on doit tenir compte non seulement des conséquences de la détention pour la femme, mais aussi du fait que la séparation d'une mère de son propre fils peut provoquer des traumatismes, même graves, lors de la croissance et du développement de cet enfant ⁷⁹ . Par conséquent, la mesure alternative pour ces femmes et pour leurs enfants devrait être considéré comme fondamentale.

Conclusions

Il faut souhaiter que de nombreux États partagent ces principes et parviennent, dans un futur proche, à créer de plus en plus de stratégies efficaces et de parcours alternatifs à la prison de manière coordonnée et concrète selon ces principes généraux. Ce mémorandum d'entente constitue une base commune de perceptions et d'actions pour tous ceux qui voudront le partager et y souscrire. Il veut aussi contribuer à sensibiliser davantage les décideurs (toujours dans le respect et l'autonomie des choix législatifs de chaque pays) à développer, de manière coordonnée dans le monde entier, l'application de mesures thérapeutiques et réhabilitatives alternatives à la prison pour les toxicomanes qui ont commis des délits non violents.

Nous considérons enfin que stimuler les mesures alternatives respecte les droits de l'homme, valorise les conventions internationales et offre des avantages pour la communauté tout entière.

Bibliographie

1. United Nations, Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, art. 36, 38.
2. National Institute of Drug Abuse, monograph "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", Bethesda, 2007.
3. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1642-52.
4. Vetulani J. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Pol J Pharmacol*. 2001 Jul-Aug;53(4):303-17.
5. Feil J, Sheppard D, Fitzgerald PB, Yücel M, Lubman DI, Bradshaw JL. Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 Nov;35(2):248-75. Epub 2010 Mar 17.
6. American Society of Addiction Medicine, Public Policy Statement: definition of addiction, ASAM, August 2011.
7. Le Moal M, Koob GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007 May-Jun;17(6-7):377-93. Epub 2006 Dec 12.
8. Koob GF. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis, *Addiction*, Volume 101, Issue Supplement s1, pages 23–30, September 2006.
9. White House Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, 2010 e 2012.
10. Harrell A, Roman J, Reducing Drug Use and Crime among Offenders: The Impact of Graduated Sanctions, *Journal of Drug Issues* January 2001 vol. 31 no. 1 207-231.
11. Blows S, Ivers RQ, Connor J, Ameratunga S, Woodward M, Norton, Marijuana use and car crash injury. *Addiction*. 2005 May;100(5):605-11.
12. Bolla KI, et al., 2003. Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *Neuroimage*19(3): 1085-1094.
13. Bosker WM, Kuypers KP, Conen S, Kauerer GF, Toennes SW, Skopp G, Ramaekers JG. MDMA (ecstasy) effects on actual driving performance before and after sleep deprivation, as function of dose and concentration in blood and oral fluid. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Sep 28.
14. Eldreth DA, Matochik JA, Cadet JL, Bolla KI. Abnormal brain activity in prefrontal brain regions in abstinent marijuana users, *NeuroImage* Volume 23, Issue 3, November 2004, Pages 914–920.
15. Koob GF., op. cit.
16. National Institute on Drug Abuse, Relapse and recovery in drug abuse, Research Monograph, 1986.
17. <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction/treatment-recovery>.
18. National Institute on Drugs Abuse. "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", op. cit.
19. United Nations, General Assembly, Basic Principles for Treatment of Prisoners, A/RES/45/111, 14 December 1990.
20. United Nations, Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977, www.ohchr.org/english/law/pdf/treatmentprisoners.pdf, last visit december 2012.
21. European Parliament, The rights of prisoners in the European Union, European Parliament recommendation to the Council on the rights of prisoners in the European Union (2003/2188(INI)), P5_TA(2004)0142. http://www.europarl.europa.eu/sides_getDoc.do?lang=EN&docId=10142, last visit december 2012.
22. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies) <http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/EPR/Regole%20Penitenziarie%20Europee%20ITALIANO.pdf>
23. Turan R, Yargic I. The relationship between substance abuse treatment completion, sociodemographics, substance use characteristics, and criminal history. *Subst Abuse*. 2012;33(2):92-8.
24. Albrecht H. Addiction, intoxication, criminal law and criminal justice: an introduction. *Eur Addict Res*. 1998 Sep;4(3):85-8.
25. Ferrario F. Le dimensioni dell'intervento sociale, Carocci, Roma, 2004.
26. Olivetti Manoukian F. "Progettare l'inserimento lavorativo", in AA.VV., L'integrazione socio-lavorativa. Dal progetto individuale alla organizzazione che cura, ed. Gruppo Abele, Torino, 2000.
27. World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
28. Harrison L, Groerger J. The Intersection of Drug Use and Criminal Behavior: Results from the National Household Survey on Drug Abuse Crime & Delinquency October 1992 38: 422-443.
29. Miller NS, Gold MS, Mahler JC. Violent Behaviors Associated With Cocaine Use: Possible Pharmacological Mechanisms, *International Journal of the Addictions* Volume:26 Issue:10 Dated:(1991) Pages:1077-1088.
30. Brower MC, Price BH. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review, Review series, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:720-726.
31. Koob GF., op. cit.
32. Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety., *JAMA*. 2009 Jan 14;301(2):183-90.
33. Taxman FS, Perdoni ML, Harrison LD., Drug treatment services for adult offenders: the state of the state. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Apr;32(3):239-54. Epub 2007 Mar 9.
34. Pelissier B, Jones N, Cadigan T. Drug treatment aftercare in the criminal justice system: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Apr;32(3):311-20. Epub 2006 Dec 8.
35. Koob GF., op. cit.
36. Access to Recovery (ATR) Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Three Case Studies, Abt Associates Inc., August 2009.
37. White WL. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 33, Issue 3, October 2007, Pages 229–241.
38. Center for Substance Abuse Treatment. Screening for Infectious Diseases Among Substance Abusers. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 6, 1993.
39. Koob GF., op. cit.
40. National Institute on Drug Abuse, Relapse and recovery in drug abuse, op. cit.
41. Access to Recovery (ATR), op. cit.
42. White WL., op. cit.
43. United Nations Office on Drugs and Crime, Custodial and non-custodial measures. Alternatives to Incarceration, New York, 2006.
44. Single E, Wortley S. A comparison of alternative measures of alcohol consumption in the Canadian National Survey of alcohol and drug use. *Addiction*. 1994 Apr;89(4):395-9.
45. Belgian science policy, Effects of alternative measures for drug users, http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR16r_en.pdf
46. National Institute on Drugs Abuse, op. cit.
47. Ries RK. Principles of Addiction Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
48. Kuhn CM and Koob GF. Advances in the Neuroscience of Addiction, CRC Press, 2010.
49. Brown R, Lo R. The physical and psychosocial consequences of opioid addiction: an overview of changes in opioid treatment., *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 2000 Jun;9(2):65-74.
50. Access to Recovery (ATR), op. cit.
51. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
52. Mee-Lee D. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised, April, 2001.
53. Zaller N. Drug court as an alternative to incarceration. *Med Health R I*. 2007 May;90(5):154-6.
54. Hynes CJ. DTAP (Drug Treatment Alternative to Prison) offers model for helping offenders. *Behav Healthc Tomorrow*. 2000 Dec;9(6):SR23-5.
55. Access to Recovery (ATR), op. cit.
56. Ries RK., op. cit.
57. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000.
58. World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2001.
59. Mee-Lee D., op. cit.
60. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
61. Mee-Lee D., op. cit.
62. Access to Recovery (ATR), op. cit.
63. Zaller N., op. cit.
64. <http://www.nadcp.org/nadcp-home/>
65. Hynes CJ., op. cit.
66. Torgensen K, Buttars DC, Norman SW. How drug courts reduce substance abuse recidivism. *J Law Med Ethics*. 2004 Winter;32(4 Suppl):69-72.
67. <http://www.nadcp.org/nadcp-home/>, op. cit.
68. Naegle MA, Richardson H, Morton K. Rehab instead of prison: drug courts provide opportunities for nurse practitioners. *Am J Nurs*. 2004 Jun;104(6):58-61.
69. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
70. Mee-Lee D., op. cit.
71. McLellan T, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring, *Addiction*, Volume 100, Issue 4, pages 447–458, April 2005.
72. Cohen MA. Measuring the Costs and Benefits of Crime and Justice, Measurement and analysis of crime and justice, Volume 4, 2000
73. Resolution 2010/16. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules), www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res2010-16.pdf, last visit december 2012.
74. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers, op. cit.
75. Commission on Narcotic Drugs Fifty-fifth session Vienna, 12-16 March 2012 Agenda item 6 (a) Implementation of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem: demand reduction and related measures. Albania, Croatia, Denmark, El Salvador, Israel, Peru, Philippines, Thailand, Ukraine and United States of America: revised draft resolution Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies.
76. Van Den Bergh BJ, Moller LF, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health. Copenhagen, 2009. WHO Regional Office for Europe and Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2009.
77. Van Den Bergh BJ, Gatherer A, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison Action guidance and checklists to review current policies and practices. WHO Regional Office for Europe, Tomris Atabay and Fabienne Hariga United Nations Office on Drugs and Crime. 2011, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf, last visit december 2012.
78. Van Den Bergh BJ, Gatherer A, Moller LF, Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equality and social justice, World Health Organization Regional Office for Europe, Bulletin of the World Health Organization 2009; 87: 406-406. doi: 10.2471/BLT.09.066928. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-06628/en>, last visit december 2012.
79. Van Den Bergh BJ, Moller LF, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health, op. cit.

Pays et organisations participant à la réunion

Rome, 9-10 octobre 2012



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime

In collaboration avec:



unieri

United Nations
Interregional Crime and Justice
Research Institute



Pompidou Group
Groupe Pompidou



COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



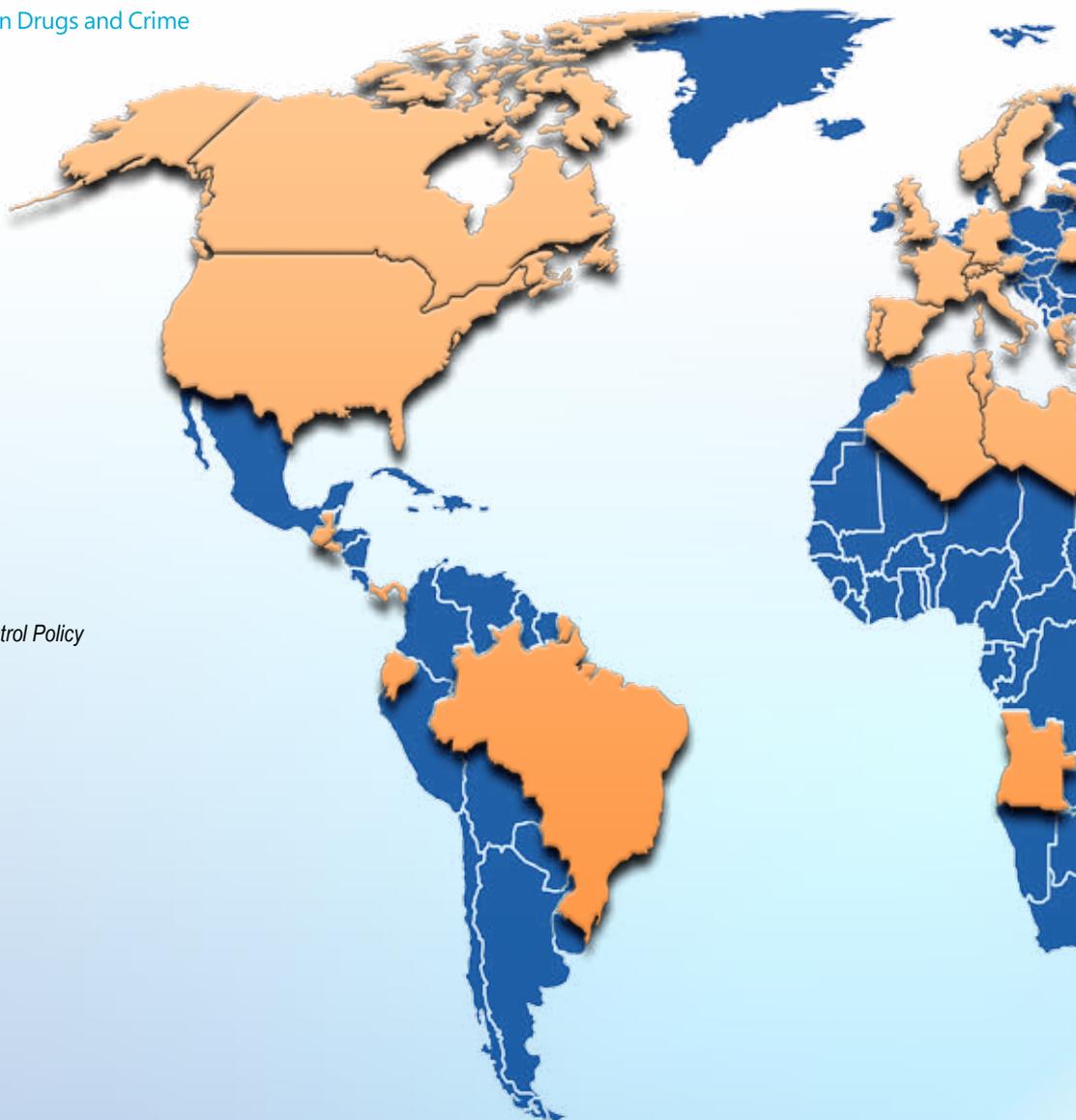
ONDCP

Office of National Drug Control Policy
White House



NADCP

National Association of
Drug Court Professionals



Algérie



Angola



Autriche



Brésil



Egypte



El Salvador



Philippines



France



Grèce



Guatemala



Israël



Italie



Liban



Libye



Malte



Norvège



Féd. de Russie



Royame-Uni



Saint-Marin



Espagne



Tadjikistan



Turkménistan



Ukraine



Ouzbékistan



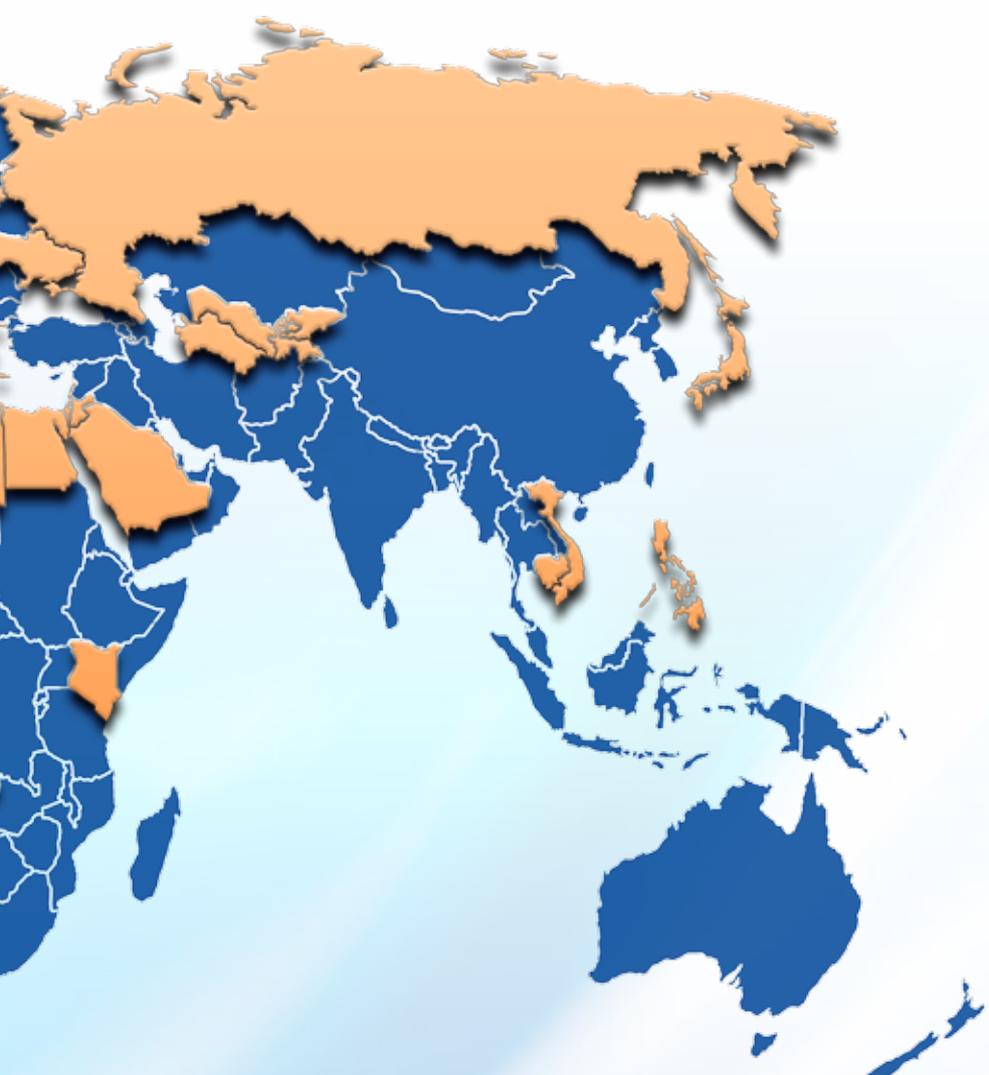
Consortium de solidarité internationale contre la drogue

Il n'existe pas de solution « unique » pour tous les pays, mais une solution « appropriée » à chaque situation, selon les conditions d'environnement, de culture, de soutenabilité, d'évolution du phénomène, des systèmes sanitaires, des structures sociales et de la présence d'organisations criminelles.

- La solidarité est un besoin, pas seulement une obligation morale;
- C'est une valeur positive pour ceux qui croient dans l'avenir;
- C'est le principe de base d'une globalisation intelligente et humaine.

Les objectifs du Consortium

- Promouvoir la coopération internationale et la coordination des volontés dans le cadre de la prévention;
- Mettre en place un réel partenariat avec tous les pays intéressés et disponibles à partager l'enthousiasme et la passion pour préserver les générations futures;
- Partager les stratégies, les matériaux, les méthodes, les bons procédés (orientés sur le plan scientifique) dans le domaine de la prévention.



 Cambodge

 Canada

 Equateur

 Japon

 Jordanie

 Émirats A.U.

 Kenya

 Kyrgyzstan

 Lettonie

 Palestinian N.A.

 Panama

 Portugal

 USA

 Switzerland

 Suède

 Viêt-Nam

Conférenciers*

9 Octobre



Andrea Riccardi

Ministre de la Coopération internationale et de l'Intégration



Yury Fedotov

Directeur exécutif du Bureau ONU contre les drogues et le crime (UNODC)



Sandro De Bernardin

Directeur général pour les Affaires politiques et de sécurité Ministère de l'Intérieur



Raymond Yans

Président de l'International Narcotics Control Board (INCB)



Giovanni Serpelloni

Chef de Département des politiques Anti-drogues Présidence du Conseil des Ministres



Gilberto Gerra

Chef du Secteur Prévention Drogue et Santé à l'UNODC



Viktor Ivanov

Directeur du Service Fédéral de surveillance des drogues (Fédération russe)



Kjell Erik Øie

Secrétaire d'État, Ministère de la Santé et des Services de soins (Norvège)



R. Gil Kerlikowske

Directeur, Office of National Drug Control Policy (ONDCP - USA)



Yea-Rin Cha

UNODC, Initiative jeunes



Zili Sloboda

Directeur, Recherche et Développement, JSB International Inc. Consultant USA et UNODC



Jeffrey Lee

Directeur exécutif Fondation Mentor (USA)



Arthur T. Dean

Chef du Community Anti-Drug Coalitions of America (USA)



Susan R. Thau

Consultante politiques publiques, Community Anti-Drug Coalitions of America (USA)



Patrick Penninckx

Secrétaire exécutif du Groupe Pompidou, UE



Danilo Ballotta

Représentant Observatoire Européen des drogues (EMCDDA) auprès du Conseil des Ministres UE

10 Octobre



Giovanni Tamburino

Chef de Département de l'administration pénitentiaire Ministère de la Justice



West Huddleston

Chef du Bureau exécutif National Association of Drug Court Professionals (NADCP - USA)



Douglas B. Marlowe

Chef de Science, Law and Policy, Director of Division of Law and Ethics Research (NADCP - USA)



Robert G. Rancourt

Juge, National Association of Drug Court Professionals (NADCP - USA)



Lindsay Wood

Shérif et Vice-président Scotland Sheriffs' Association, Shérif résident à Glasgow, (Royaume-Uni)



Jonathan Lucas

Directeur du United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI)



Kevin A. Sabet

Directeur du Drug Policy Institute, University of Florida (USA)

* Présentés dans l'ordre de leur conférence.

Galerie de photos de l'événement

Exposé du Ministre Andrea Riccardi



Andrea Riccardi, Yury Fedotov et Giovanni Serpelloni



Ouverture des travaux de la première journée



Conférence de presse



Yury Fedotov



Patrick Penninckx, Danilo Ballotta, Giovanni Serpelloni, Yury Fedotov, Raymond Yans, Jonathan Lucas et Gilberto Gerra.

Andrea Riccardi et Gilberto Gerra



La salle et les délégations



Exposé de Giovanni Serpelloni



Exposé de Raymond Yans



Quelques conférenciers de la première journée



Exposé de Elisabetta Simeoni



Déclaration des délégations



Exposé de Giovanni Tamburino



Déclaration des délégations



Quelques conférenciers de la deuxième journée



Jonathan Lucas, Kevin Sabet et Gilberto Gerra



Quelques conférenciers de la deuxième journée

Discussion entre délégations



Exposé de Jonathan Lucas



Gilberto Gerra, Giovanna Campello et Elisabetta Simeoni



West Huddleston explique le Drug Courts



West Huddleston, Douglas B. Marlowe et Robert G. Rancourt



Exposé de Kevin Sabet



Exposés dans la salle



Staff organisateur et collaborateurs du DPA

Section administrative: **Mauro Papi**

Gianluca Amico, Nadia Balestra, Paolo Berretta, Ilaria Bulla, Vittorio Cajola, Fiorella Calò, Patrizia Carnevale, Iulia Alexandra Carpignano, Arianna Cioffi, Giorgia Costa, Veronica D'Ambrosio, Riccardo de Conciliis, Massimo De Giorgi, Carlo De luca, Angelina De Simone, Luciano Del Mastro, Raffaella Esposito, Carmela Danila Facchini, Carolina Faiella, Anna Maria Fanfarillo, Sara Fanfarillo, Alessandra Frascini, Barbara Gagliassi, Bruno Genetti, Andrea Giovannelli, Cinzia Grassi, Sabrina Liberatori, Luigi Paolo Marafico, Francesca Marazzi, Nicoletta Marconi, Marilisa Marianella, Giulia Marino, Andrea Martena, Roberto Mollica, Daniela Morrone, Renata Pace, Sara Piilucci, Sonia Principe, Andrea Ricci, Silvia Romano, Placido Maria Signorino, Manuela Svampa, Roberta Tito, Lorenzo Tomasini, Andrea Toraldo, Maria Alessandra Tullio, Fedele Tullo, Eugenio Francesco Valenzi, Luisa Vecchiocattivi, Marisa Verdi, Giulia Vinciguerra, Silvia Zanone.



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Via dei Laterani, 34 - 00184 - Roma
Tel. 06/67796350 - Fax 06/67796843
e-mail: dipartimentoantidroga@governo.it

Siti istituzionali:

<http://www.politicheantidroga.it>
<http://www.alertadroga.it>
<http://www.droganograzie.it>
<http://cocaina.dronet.org>
<http://drugsonstreet.it>
<http://www.drogaedu.it>
<http://italianjournalonaddiction.it>
<http://cannabis.dronet.org>

<http://www.dronet.org>
<http://www.droganews.it>
<http://www.drugfreedu.org>
<http://www.neuroscienzedipendenze.it>
<http://alcol.dronet.org>
<http://www.dreamonshow.it>
<http://www.dpascientificcommunity.it>
<http://www.drogaprevenzione.it>