Document generated on 07/06/2025 8:39 a.m.

Drogues, santé et société

Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques
Illicit drugs in Lebanon: Analysis of policies and practices
Drogas ilicitas en el libano: analisis de las politicas y de las practicas

Houwayda Matta and May Hazaz

Volume 18, Number 1, February 2020

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1068817ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1068817ar

See table of contents

Publisher(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8847 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Matta, H. & Hazaz, M. (2020). Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques. *Drogues, santé et société*, *18*(1), 48–68. https://doi.org/10.7202/1068817ar

Article abstract

Up until present time, several studies have focused on addressing the phenomenon of use of, and addiction to legal and illegal substance in Lebanon. Although these research studies differ with respect to their aims, they concur with each other when it comes to emphasizing the necessity of designing a global social policy tackling this topic in the Lebanese context.

The current study responds to the identified aforementioned need through analyzing existing elements of the Lebanese social policy vis-à-vis usage and abuse of illicit drugs, with respect to various involved actors' experience and practices. Thus, this study aims at shedding the light on lessons that can potentially inform the establishment and implementation of the expected policy.

The present study is qualitative involving two major categories of respondents: actors involved in this issue in Lebanon from one side, and drug addicts undergoing treatment as well as significant members of the family from the other side.

In this study, findings are linked to two main objectives: - to present the state of the current social policy according to three levels: legislative, strategic and institutional; - to analyze the strengths and weaknesses facing this policy and the ongoing procedures.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, 2020

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Drogues illicites au Liban : analyse des politiques et des pratiques

Houwayda Matta, t.s. Ph.D, professeure, École libanaise de formation sociale, Université Saint-Joseph, Beyrouth – Liban

May Hazaz, t.s. Ph.D., professeure associée, École libanaise de formation sociale, Université Saint-Joseph, Beyrouth – Liban

Correspondance :
Houwayda Matta
École libanaise de formation sociale (ELFS)
Faculté des lettres et des sciences humaines – Université Saint-Joseph
Campus des sciences humaines (CSH), Bâtiment C – 5e étage
Rue de Damas, Beyrouth – Liban
B.P. 17-5208
Mar Mikhael, Beyrouth
01-421000, ext. 2173
houwayda.bouramia@usj.edu.lb

Remerciements
Cette recherche a été effectuée grâce à la collaboration entre l'École libanaise de formation sociale de l'Université Saint-Joseph et la Fédération internationale des universités catholiques.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Résumé

Au Liban, plusieurs recherches se sont intéressées au fil du temps au phénomène d'usage et d'abus des produits licites et illicites. Bien que différentes de par leur objet, ces études convergent pour souligner la nécessité d'élaborer une politique sociale globale et intégrée destinée à ce sujet dans le contexte libanais.

Cette recherche contribue à cette nécessité en analysant les éléments existants de la politique sociale libanaise en matière d'usage et d'abus des drogues illicites, et ce, en lien avec l'expérience de différents acteurs concernés. La finalité visée est celle de tirer des leçons susceptibles d'éclairer l'élaboration ainsi que l'implantation de la politique escomptée.

Cette analyse est menée suivant une méthode qualitative et a impliqué deux principaux types de répondants : des acteurs ou intervenants appartenant à plusieurs secteurs ainsi qu'un groupe de personnes toxicomanes en cours de traitement et des proches de personnes engagées dans un traitement.

Le présent article porte sur les résultats qui se rapportent à deux principaux objectifs, à savoir brosser l'état des lieux des politiques et des pratiques existantes selon trois registres : législatif, stratégique et institutionnel et analyser les forces, les faiblesses ainsi que les enjeux y sous-jacents.

Mots-clés : politique sociale, drogues illicites, analyse des politiques et des pratiques, Liban

Illicit drugs in Lebanon: Analysis of policies and practices

Abstract

Up until present time, several studies have focused on addressing the phenomenon of use of, and addiction to legal and illegal substance in Lebanon. Although these research studies differ with respect to their aims, they concur with each other when it comes to emphasizing the necessity of designing a global social policy tackling this topic in the Lebanese context.

The current study responds to the identified aforementioned need through analyzing existing elements of the Lebanese social policy vis-à-vis usage and abuse of illicit drugs, with respect to various involved actors' experience and practices. Thus, this study aims at shedding the light on lessons that can potentially inform the establishment and implementation of the expected policy.

The present study is qualitative involving two major categories of respondents: actors involved in this issue in Lebanon from one side, and drug addicts undergoing treatment as well as significant members of the family from the other side.

In this study, findings are linked to two main objectives: - to present the state of the current social policy according to three levels: legislative, strategic and institutional; - to analyze the strengths and weaknesses facing this policy and the ongoing procedures.

Keywords: social policy, illicit drugs, public and private practices, Lebanon

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Drogas ilicitas en el libano: analisis de las politicas y de las practicas

Resumen

Muchas investigaciones se interesaron con el correr de los años en el Líbano en el fenómeno del uso y el abuso de productos lícitos e ilícitos. Si bien diferentes en cuanto al tema, estos estudios convergen en subrayar la necesidad de elaborar una política social global e integrada destinada a este sujeto en el contexto libanés.

Esta investigación contribuye a esta necesidad analizando los elementos existentes de la política social libanesa en materia de uso y de abuso de drogas ilícitas en relación con la experiencia de diferentes actores implicados. El objetivo es el de extraer lecciones susceptibles de esclarecer la elaboración y la implantación de la política esperada.

El análisis se lleva a cabo según un método cualitativo y a incluido dos tipos principales de participantes: partes interesadas e intervinientes en la problemática pertenecientes a numerosos sectores y un grupo de personas afectadas, representadas por toxicómanos en tratamiento y miembros importantes de la familia.

El presente artículo trata sobre los resultados que se refieren a los dos objetivos principales: exponer las políticas y las prácticas existentes según tres registros: el legislativo, el estratégico y el institucional y analizar las fuerzas, las debilidades y las cuestiones subyacentes.

Palabras clave: política social, drogas ilícitas, análisis de políticas y de prácticas

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Introduction

Au Liban, un certain nombre d'études s'est penché, à travers les années, sur divers aspects liés au phénomène d'usage et de dépendance aux produits licites et illicites. Plusieurs de ces études insistent sur la nécessité d'élaborer un plan national susceptible d'aborder ce phénomène avec une approche holistique unifiant la panoplie d'actions et d'initiatives éparses existantes. En effet, depuis 1992, des voix revendiquent l'élaboration d'un plan global visant à harmoniser les politiques, à coordonner les services (Boustani, 1992) et à prévoir les mesures nécessaires pour réduire l'usage et l'abus des drogues (Antoun, 1994). Dans cette optique, des objectifs d'ordres éthique, économique et politique sont proposés pour gérer sérieusement ce problème de santé publique croissant au Liban de l'après-guerre (Boustani, 1994 ; 1998). D'autant plus que les réponses demeurent inadaptées aux besoins vu différentes lacunes aux niveaux législatif, stratégique et institutionnel (Matta et Hazaz, 2011 ; SKOUN, 2006).C'est dans ce contexte que nous avions considéré en tant que chercheures que l'inexistence d'un plan national ne signifie guère que notre contexte est dénué de tout élément constitutif d'une politique de drogues, qu'il s'agisse de politiques formelles ou de pratiques. Quels sont ces éléments ? Quelles sont leurs zones de force et de faiblesse ? Quels en sont les enjeux sous-jacents ?

Ce sont des questionnements qu'aucune étude libanaise n'a traités. La présente étude porte donc sur l'analyse des politiques et des pratiques existantes au Liban visant autant le contrôle des drogues illicites dans ce contexte, que l'accompagnement et l'encadrement des personnes concernées par l'usage ou l'abus des drogues. Cette analyse a pour objectif de brosser un état des lieux en dégageant les forces et les faiblesses de ces politiques et pratiques ainsi que les enjeux qui leur sont sous-jacents, et ce, selon trois registres : législatif, stratégique et institutionnel.

Cette analyse s'appuie sur l'expérience de différents types d'acteurs-intervenants dans la problématique, et celle de personnes toxicomanes en cours de traitement et de membres significatifs de la famille. La finalité visée est celle d'éclairer l'élaboration et l'implantation de tout plan national éventuel par des éléments de compréhension amenés par les protagonistes les plus concernés.

Bref aperçu de l'état des lieux au Liban

Les recherches scientifiques menées au Liban ne précisent pas le nombre exact des personnes concernées par l'usage et l'abus des drogues licites et illicites, mais certaines d'entre elles avancent des estimations et des chiffres qui permettent une description relative de ce phénomène.

En 2003, l'United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) et l'Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC) soulignaient que la population aux prises avec cette problématique connaissait un rajeunissement, la moyenne d'âge touchée se situant entre 14 et 17 ans. En 2010, le nombre des personnes toxicomanes au Liban était estimé entre 10 000 et 15 000 personnes (Institute of Health Management and Social Protection, 2012), avec une première initiation au produit à l'âge de 9 ans (Karam, Ghandour, Maalouf, Yamout et Salamoun, 2010). Une étude ciblant les milieux scolaires rapportait en 2011 que 3,5 % des élèves âgés de 13 à 15 ans avaient fait usage de la marijuana au moins une fois dans leur vie (Centre de contrôle et de prévention des maladies, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de la Santé publique et Organisation mondiale de la santé, 2014). Par ailleurs, l'abus des médicaments nécessitant ou

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

non une prescription médicale semblait être en hausse notamment parmi les étudiants universitaires (Ghandour, El Sayed et Martins, 2012).

Les produits consommés varient entre l'héroïne, le haschisch et la cocaïne avec une expansion de nouveaux produits tels que l'ecstasy, le benzhexol, les médicaments opiacés et à base de codéine ainsi que le thinner (UNODC et IDRAAC, 2003). Une étude ciblant plusieurs profils de consommateurs précise que le cannabis est le produit le plus utilisé par les étudiants secondaires et universitaires, alors que l'héroïne est responsable de 50% des admissions en traitement et la cocaïne de 20% (Karam et al., 2010).

Une panoplie de produits illicites existe sur le marché libanais (cocaïne, héroïne, cannabis, amphétamines, captagon, ecstasy) en provenance de l'Europe de l'Est et de l'Amérique du Sud (Kerbage et Haddad, 2014). Le Liban qui constitue un pays de transit pour certains de ces produits (United States Department of State, 2014) est surtout producteur du haschisch et en moindre quantité d'héroïne, notamment dans la région de la Békaa (Kerbage et Haddad, 2014).

L'usage et l'abus des drogues au Liban sont régis par la *Loi 673/98 relative aux stupéfiants, aux substances psychotropes et aux précurseurs* qui répertorie les produits licites et illicites selon leur dangerosité et en réglemente la culture, la production et la vente. Cette loi adopte une approche thérapeutique vis-à-vis du toxicomane considéré comme victime d'une dépendance physique et psychologique à une substance toxique. Tout en insistant sur la criminalisation des actes d'usage et d'abus des drogues, la loi prévoit la suspension de la sanction ou la dispense de l'exécution lorsque la personne détenue pour la première fois s'engagerait dans une thérapie. Elle prévoit également l'exemption de la sanction dans le cas où la personne concernée guérirait définitivement de la toxicomanie (articles 184, 189 et 198).

En parallèle à cette loi, le *Décret 849/1 relatif aux conditions d'utilisation des traitements de substitution des usagers de drogues* a été adopté en 2010 et lancé sur le terrain en 2012 (Ministère de la Santé publique (MSP), Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), Ministère de l'Intérieur et des Municipalités (MIM), Ministère de la Justice (MJ), and Ministère des Affaires sociales (MAS), 2016).

Les réponses destinées à ce problème sont principalement assurées par le secteur associatif à travers une multitude d'institutions spécialisées qui offrent un large spectre de services axés surtout sur la prévention et la réhabilitation, avec un moindre accent sur l'insertion socioprofessionnelle (Matta et Hazaz, 2011). Parmi une diversité d'approches appliquées, une minorité de ces associations privilégient l'approche de réduction des méfaits (MSP, MEES, MIM, MJ, MAS, 2016). Plusieurs ONG régionales ou internationales collaborent entre elles ainsi qu'avec des agences gouvernementales et des institutions de la société civile pour promouvoir les bonnes pratiques et améliorer la coordination entre tous les partenaires.

D'autres réponses sont apportées par plusieurs ministères dépendamment de la spécificité de leur fonction (MSP, MEES, MIM, MJ, MAS, 2016). Le ministère de la Santé publique s'investit principalement dans la couverture des frais de la désintoxication. Il réglemente la vente des anxiolytiques et sédatifs et coordonne l'administration des traitements de substitution suivant le Décret 849/1. Le ministère des Affaires sociales oriente ses actions vers la prévention et attribue un support

financier à la réhabilitation dans les institutions du secteur associatif. Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur se concentre sur la prévention en milieu scolaire alors que le ministère de l'Intérieur et des Municipalités se consacre à la lutte contre l'offre à travers le Bureau de répression de la drogue qui lui est rattaché.

Quant au ministère de la Justice, il veille à travers ses instances à l'application de la loi et préside le Comité de lutte contre la toxicomanie instauré sous son égide. Il s'agit d'une structure à laquelle la loi attribue le mandat d'évaluer la gravité de la dépendance chez les personnes détenues pour la première fois afin de les orienter vers les services appropriés. Ce comité est également chargé de poursuivre l'évolution du traitement et de certifier l'accomplissement du parcours thérapeutique requis par une attestation de guérison susceptible d'arrêter les poursuites judiciaires à l'égard des concernés (Kerbage et Haddad, 2014).

Tous ces acteurs agissent en dehors d'une stratégie nationale et font preuve de plusieurs initiatives qu'il importe d'analyser à la lumière d'une approche globale de promotion de la santé.

Une politique globale axée sur la promotion de la santé à privilégier

La notion de politique sociale englobe les dispositions et les mesures gouvernementales qui visent à prévenir, supprimer ou atténuer les problèmes sociaux afin de favoriser le bien-être des groupes fragiles de la société en veillant à la sécurité et à la justice sociale (Office Fédéral des Assurances Sociales, 2011). Ciblant un groupe précis de population, la politique concernant l'usage et l'abus des drogues est de type catégoriel (Barreyre, Bouquet, Chantreau et Lassus, 1995 ; Donzelot, 1994 ; Merrien, 1998).

Cette recherche prend pour cadre de référence l'analyse des politiques sociales, du point de vue des dimensions qui forment leur substance (Muller et Surel, 1998 ; Stine et Ellefson, 1997). En référence à Muller, Leca, Majone, Thoenig et Duran (1996), plusieurs dimensions peuvent distinguer la substance à étudier :

- un référentiel qui traduit une vision du monde orientant la décision politique et lui attribuant une légitimité ;
- une dimension légale incluant un ensemble de mesures et de procédures concrètes ;
- un volet opérationnel englobant des stratégies d'action traduites en modalités pratiques et échelonnées dans le temps ;
- un cadre institutionnel délimitant et structurant les ressources et les acteurs à mobiliser, en articulant les structures et les pratiques.

Une politique globale de promotion de la santé est privilégiée par plusieurs pays et instances internationales en regard de la problématique d'usage et d'abus des drogues. Sans exclure les mesures pénitentiaires en cas de consommation de produits illicites et de criminalité associée à l'abus, cette politique se base sur une approche « équilibrée et intégrée » (Conseil de l'Union européenne, 2004). Visant prioritairement à favoriser la capacité des gens à mieux faire des choix pour promouvoir leur bien-être physique et psychologique (Beauchesne, 2007 ; UNODC, 2011), elle se propose d'occulter les réponses universelles et totalisantes (Devresse et Cauchie, 2000).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Cinq principaux axes d'action se dégagent de l'analyse des stratégies reliées à cette approche telle que préconisée par différents plans d'action à l'international (Conseil de l'Union européenne, 2012 ; Coordination permanente cellule générale de politique de drogues, 2010 ; Département fédéral de l'intérieur et Office fédéral de la santé publique, 2015 ; Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes, 2015 ; La documentation française, 2013 ; Santé Canada, 2016 ; UNODC, 2011). Exigeant l'étroite collaboration de différents acteurs, ces axes portent sur la réduction de l'offre, la réduction de la demande, la réduction des méfaits, la collaboration internationale ainsi que la recherche et l'évaluation.

La réduction de l'offre. Souvent basé sur des mesures de répression, cet axe porte principalement sur la lutte contre la production des drogues, le trafic et tout acte criminel associé à la drogue.

La réduction de la demande. Cet axe inclut plusieurs pivots relatifs à la prévention, l'intervention précoce, la prise en charge et la formation des ressources humaines. La prévention s'attribue une finalité dissuasive et privilégie des interventions éducatives adressées aux jeunes et aux familles ainsi que des actions structurelles de lutte contre la pauvreté. Quant à l'intervention précoce, elle se préoccupe d'améliorer l'accès aux programmes de prise en charge et de prévention, ciblant notamment les usagers non dépendants par des actions axées sur le changement de comportement et des mesures d'atténuation de la marginalisation. La prise en charge se présente comme alternative aux sanctions judiciaires et doit être basée sur le consentement du client. S'adaptant aux spécificités personnelles et aux facteurs de risque, elle se consolide par une approche de réinsertion soucieuse de prévenir la rechute.

Quant au volet relatif aux ressources humaines, la formation initiale s'avère être insuffisante, ce qui exige une formation spécialisée en toxicomanie afin de renforcer l'expertise des professionnels agissant aux différents niveaux susmentionnés.

La réduction des méfaits. Cet axe vise à réduire les dommages sanitaires et sociaux relatifs à la consommation des drogues et se préoccupe de rejoindre les usagers les plus précaires. Les traitements de substitution font partie de cette approche qui inclut également un suivi psychologique et des stratégies de réinsertion sociale.

La coopération internationale. Cet axe constitue un axe transversal de par ses retombées positives sur l'efficacité d'autres stratégies, notamment celles liées à la lutte contre le produit et ce, par l'action coordonnée des pays producteurs et de transit.

La recherche. Cet axe fournit une compréhension approfondie des spécificités personnelles et contextuelles susceptibles de guider l'élaboration d'interventions et de programmes adaptés. L'évaluation des politiques, programmes et services s'y présente comme un impératif.

Méthodologie

Cette analyse des politiques et des pratiques relatives aux drogues illicites, mises en place au Liban en dehors d'un plan national, privilégie une approche de recherche qualitative (Perret, 2008) de type exploratoire descriptif. Elle parcourt l'expérience d'informateurs concernés par l'élaboration ou l'implantation des politiques (Stine et Ellefson,1997) pour réaliser « un compte-rendu clair du phénomène à l'étude » (Miles et Huberman, 2003).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Population, échantillonnage et collecte des données

Cette recherche rejoint deux catégories d'informateurs : des acteurs-intervenants dans différents secteurs, et un groupe constitué des personnes toxicomanes en cours de traitement et des proches de personnes toxicomanes engagées dans le même type de traitement.

L'échantillon constitué inclut 71 personnes reflétant « l'hétérogénéité du tissu social » concerné par l'étude (Mayer et Ouellet, 1991) et assurant une représentativité théorique (Perret, 2008) en raison d'un choix « poussé par une question conceptuelle » (Miles et Huberman, 2003). Deux instruments de collecte des données ont été utilisés : le groupe de discussion et l'entrevue semi-dirigée.

Les groupes de discussion

Cette technique a été appliquée auprès de 43 acteurs ou intervenants appartenant à cinq secteurs impliqués dans la problématique, à savoir les secteurs public, associatif, médical, juridique et éducatif. La sélection de ces secteurs a été effectuée suivant un échantillonnage par quota basé sur un choix typique guidé par un intervenant expert dans la problématique (Miles et Huberman, 2003). Chaque sous-groupe a été approché séparément (Mayer et Ouellet, 1991) afin de collecter un matériel homogène et pertinent (Conseil scientifique de l'évaluation, 1996) :

Le secteur public (SP). Ce secteur regroupe six répondants représentant à la fois les cinq ministères concernés par la problématique (Affaires sociales, Santé publique, Éducation et Enseignement supérieur, Intérieur et Municipalités, Justice) ainsi que le Comité de lutte contre la toxicomanie, constitué des ministères mentionnés et d'un représentant du secteur associatif.

Le secteur associatif (SA). Ce secteur réunit 13 représentants d'associations dispensant des services de prévention et de réhabilitation au niveau local ou régional.

Le secteur médical (SM). Ce secteur rejoint six répondants incluant des psychiatres intervenant auprès des personnes toxicomanes et des représentants de centres de désintoxication. De plus, un psychiatre chevronné, ayant eu un empêchement majeur de participer au groupe de discussion, a été rejoint par le biais d'une entrevue semi-dirigée.

Le secteur juridique (SJ). Ce secteur est représenté par dix avocats et juges détenant une expérience soutenue dans la problématique.

Le secteur éducatif (SÉ). Ce secteur rassemble sept représentants d'universités privées assurant des services d'aide psychosociale aux étudiants. Il est à savoir que plusieurs directeurs d'établissements scolaires contactés ont refusé de participer à la recherche appréhendant la stigmatisation de leur collège.

Les premières questions du guide d'entretien invitent les participants à se référer à leur expérience pour répertorier les politiques formelles et les pratiques concernant les drogues illicites. Ces répondants sont ensuite invités à analyser les forces et les faiblesses sous-jacentes à ces éléments puis à émettre des suggestions en la matière.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Les entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé a été utilisé auprès de quinze personnes toxicomanes et de treize membres de la famille (mères, pères et frères). Nous avons privilégié cette technique pour garantir l'anonymat de nos interlocuteurs rongés par la stigmatisation (Quivy et Van Campenhoudt, 1995) et pour recueillir leur savoir expérientiel (Savoie-Zajc, 2003). Le recrutement a été facilité par des institutions de réhabilitation, suivant la méthode par chaîne qui permet d'avoir accès à « des cas riches en information » (Miles et Huberman, 2003).

La première consommation de drogue des jeunes toxicomanes rejoints et de ceux dont l'expérience a été rapportée par un proche est survenue en général entre 13 et 23 ans. Débutant par le haschisch, tous finissent par combiner plusieurs produits (héroïne, cocaïne, somnifères, hallucinogènes, etc.). Ces jeunes suivent une réhabilitation, certains sont en cours d'emploi alors que d'autres poursuivent leurs études. Deux d'entre eux ont été détenus et incarcérés dans le passé.

Le guide d'entretien commence par explorer l'historique de dépendance et la démarche de traitement effectuée. Il sollicite ensuite les répondants à analyser l'apport et les limites des mesures gouvernementales et des services privés reçus, pour terminer en recueillant des propositions d'amélioration de l'approche envers les usagers et les personnes dépendantes des drogues illicites au Liban.

Méthode d'analyse

Les enregistrements des groupes de discussion et des entrevues ont été intégralement transcrits et soumis à une opération rigoureuse d'analyse de contenu (De Ketele et Roegiers, 1996). Le matériel recueilli par chacun de ces instruments a été découpé et les énoncés émis ont été regroupés en catégories à la base de leur similitude de sens (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000). Suivant un modèle mixte, certaines catégories sont identifiées en référence au guide d'entrevue et aux objectifs de la recherche, alors que d'autres sont induites en cours d'analyse (Mayer et Ouellet, 1991).

Une analyse transversale des résultats issus des différents répondants a été appliquée par la suite permettant d'identifier les convergences et les divergences (Simard, 1989). « Un assemblage organisé d'informations » rattaché aux objectifs de la recherche s'en dégage sous forme de thèmes appuyés par des verbatim (Miles et Huberman, 2003). Les répondants se sont exprimés en arabe, ainsi les verbatim utilisés dans cet article sont des traductions des auteurs.

Considérations éthiques

Cette étude n'a pas été examinée par un comité d'éthique, cependant, plusieurs dispositions ont été prises pour respecter les conditions requises. Un consentement éclairé a été obtenu des différents interlocuteurs informés des objectifs de la recherche, de l'importance d'enregistrer les données ainsi que de leur droit à une libre participation confidentielle sans aucune contrainte et dans le respect de leur anonymat (Deslauriers, 1991). Dans ce sens, nous avons respecté la volonté de certains jeunes et parents ayant refusé l'enregistrement en optant pour une prise de notes manuelle. Les enregistrements autorisés ont été gardés dans un endroit protégé et ont été détruits à la suite de la publication locale de l'étude. Par ailleurs, les verbatim utilisés sont appuyés uniquement par des sigles identifiant le type du répondant afin d'éviter toute spéculation.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Principaux résultats

Cet article présente l'état des lieux des politiques et des pratiques existantes avec l'analyse des forces, des faiblesses et des enjeux qui y sont reliés. Plusieurs paramètres sont dégagés relevant de trois registres : le législatif discutant la Loi 673/98 et l'état de son application ; le stratégique lié aux actions implantées par les secteurs public et associatif dans le but de lutter contre l'offre et la demande et d'accompagner les personnes aux prises avec les drogues illicites ; l'institutionnel concernant notamment la dynamique des acteurs. S'y ajoutent des sujets qui demeurent polémiques.

Une évolution législative favorisant une approche relativement compréhensive

Les acteurs-intervenants, toutes provenances confondues, saluent l'évolution conceptuelle de la Loi 673/98 qui présente la personne toxicomane comme étant « malade » en raison d'une dépendance aux produits toxiques. Les représentants des deux secteurs juridique et associatif mettent particulièrement l'accent sur les deux volets de la loi, pénal et thérapeutique, accordant au toxicomane arrêté ou condamné le choix entre la prison ou la poursuite du traitement.

> *L'idée du toxicomane malade ayant besoin de traitement fait réagir positivement la société, les juges, les avocats… Ces jeunes ne sont plus perçus comme criminels.* (SA)

> *C'est une volonté réelle de bien traiter ces jeunes victimes de plusieurs facteurs… les ayant conduits aux drogues.* (SJ)

Cependant, ces mêmes répondants s'accordent pour souligner que la Loi 673/98 fait encore prévaloir un côté répressif. À ce titre, ils s'attardent sur la liberté du toxicomane qui reste conditionnée par son consentement aux soins, la loi n'autorisant pas l'arrêt des poursuites, mais prévoyant la suspension de la sanction pour les individus qui s'engagent dans une thérapie. Ils relèvent également la limite de la mesure thérapeutique de laquelle ne peuvent profiter que les personnes détenues pour la première fois pour possession et usage de drogues. Se référant également au fait que la loi n'admet la dispense de la sanction uniquement si la personne toxicomane guérit définitivement, ces répondants remettent également en question le concept absolu de guérison qu'ils considèrent inapproprié en regard de la spécificité de la toxicomanie :

> *Ce concept est très vague en toxicomanie. En réalité, le toxicomane risque de faire une rechute à tout moment… la guérison complète est idéaliste.* (SJ)

Nos interlocuteurs du secteur associatif contestent particulièrement l'aspect pénal de la loi et considèrent l'inscription de l'inculpation au casier judiciaire des toxicomanes condamnés, comme un facteur important d'exclusion et de stigmatisation. Reconnaissant ce méfait, nos interlocuteurs du secteur public défendent globalement l'approche répressive revêtant selon eux un effet dissuasif :

> *Le toxicomane mérite de profiter de plusieurs chances : thérapie, emploi, insertion, support en cas de rechute avant de penser aux sanctions.* (SA)

> *Le produit nous envahit… On a besoin d'un fort moyen dissuasif pour combattre ce fléau* (SP)

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Des mécanismes d'application de la loi inexistants ou nécessitant une réforme

Selon certains acteurs ou intervenants des secteurs juridique et associatif, l'aspect thérapeutique de la Loi 673/98 reste entravé, notamment en raison du manque de centres de traitement gouvernementaux, des perturbations du fonctionnement du Comité de lutte contre la toxicomanie, du rythme des procédures judiciaires et de l'état des prisons. L'inexistence des centres de traitement gouvernementaux prévus par la loi est déplorée. Selon ces répondants, ce manque aboutit à l'incarcération de jeunes consentant au traitement par certains juges « rigides » qui, dénigrant la thérapie effectuée dans les centres privés, maintiennent leurs jugements punitifs. Il est à savoir que les associations existantes s'avèrent incapables de répondre à l'ampleur des demandes.

> *Certains juges abordent le texte littéralement et n'acceptent pas la thérapie dans un centre privé pour ordonner l'arrêt des poursuites judiciaires.* (SJ)

Concernant le Comité de lutte contre la toxicomanie, les représentants des secteurs juridique et associatif rappellent le mandat de coordination entre le pouvoir judiciaire et les services de prise en charge qui lui est conféré par la loi pour l'orientation et le suivi du traitement ainsi que pour l'émission d'un certificat de guérison à l'intention des juges.

Se référant à l'historique de ce comité instauré en 2004, nos interlocuteurs déclarent que celui-ci est « mort-né » (SA), étant incapable d'exercer ses fonctions à cause de l'absence de mécanismes d'application et de budget. Selon eux, malgré plusieurs tentatives de réanimation, ce comité continue à fonctionner dans des conditions contraignantes l'empêchant de saisir et de traiter l'ensemble des dossiers des personnes arrêtées sur le territoire libanais. De l'avis de ces répondants, ces perturbations de fonctionnement ont contribué à entraver l'application de la loi, portant parfois atteinte aux droits des personnes concernées. Les conditions contraignantes imposées affectent également la coordination entre le judiciaire et le thérapeutique, le comité s'avérant incapable d'agir comme un système de référence entre ces deux instances :

> *L'inactivité du comité a privé des individus ayant achevé leur traitement du certificat de guérison que certains juges exigent impérativement pour accepter l'arrêt des poursuites judiciaires.* (SJ)

> *On voit souvent un toxicomane détenu s'orienter vers un centre de réhabilitation et n'y rester qu'un seul jour…personne ne surveille.* (SA)

Pour leur part, les procédures judiciaires sont critiquées en raison de leur rythme ralenti et de la fréquence des procès par contumace qui entraînent la détention de personnes réhabilitées à la base de délits précédents. Dans ce cadre, le manque de spécialisation des avocats et des juges méconnaissant les spécificités de la problématique est souligné.

Quant à la prison, elle se présente comme un environnement à haut risque pour les personnes toxicomanes incarcérées. Des répondants de différentes provenances affirment que l'accès aux drogues est facile dans ce milieu qui intègre le simple toxicomane avec les auteurs de divers types de crime, ce qui risque d'enfoncer les jeunes non expérimentés sur la route de la déviance :

> *Je ne savais rien des manœuvres illégales, mais en prison j'en ai appris beaucoup…un simple dealer s'y transforme en trafiquant chevronné…*(Jeune).

Les pratiques gouvernementales, entre approche compréhensive et répression

L'approche compréhensive de la Loi 673/98, présentant la toxicomanie comme une pathologie, s'accompagne d'une certaine amélioration des pratiques. Se démarquant de leurs confrères conservateurs, certains juges font d'importants efforts pour contourner le manque des mécanismes d'application de la loi en facilitant le traitement des personnes détenues en concertation avec les associations. Les répondants du secteur associatif pensent que les Forces de sécurité intérieure (FSI) font preuve d'une approche plus humanisée, favorisée par des formations délivrées par certaines associations :

> [Les FSI] *On y voit moins de violence…ils commencent à accepter l'intervention des associations pour trouver des alternatives favorables au toxicomane.* (SA)

Mais en dépit de ces avancées, une approche punitive et coercitive ainsi que des pratiques violentes sont encore rapportées par certains répondants :

> *Au lieu d'arrêter les dealers et les commerçants, ils arrêtent les jeunes qui fument un joint.* (Mère)

> *Ils m'ont carrément battu, m'ont cassé les dents.* (Jeune)

Nos interlocuteurs ministériels justifient la coercition en lui attribuant une finalité dissuasive, une hypothèse fortement contestée par les jeunes et leurs parents :

> *C'est effrayant, l'acharnement de la police…la pression* [avec mon fils], *ça a fait l'effet contraire, ça l'a révolté*. (Mère)

Les actions stratégiques : une contribution limitée de l'acteur gouvernemental

Sur le plan de la lutte contre le produit, les représentants du secteur public affirment que le ministère de l'Intérieur et des Municipalités déploie, à travers les FSI agissant dans le Bureau de répression de la drogue, plusieurs actions qui visent l'éradication des cultures illégales, la poursuite des trafiquants, la saisie de la production locale ainsi que le contrôle sur les frontières et sur la vente illégale des médicaments.

Cependant, ces mêmes répondants soulignent qu'en dépit des efforts investis, les FSI demeurent mal outillées pour contrer efficacement les tactiques criminelles. D'autres répondants signalent un certain manque de compétences et de pouvoir, affectant autant le fonctionnement de ces agents que les teneurs de la décision politique :

> *J'avais de la marchandise, ils ont amené leurs chiens, fouillé la voiture, déchiré les pneus sans rien détecter.* (Jeune)

> *Tout le monde connaît les grands commerçants, on les voit à la Télé, qu'est-ce qui empêche l'État de les détenir ?* (SM)

Par ailleurs, plusieurs répondants font référence à l'accès facile illégal aux médicaments à prescription médicale dans les pharmacies. D'autres révèlent des entraves majeures à la décision gouvernementale d'éradiquer le haschisch vu les extractions occasionnelles épargnant des régions protégées politiquement et le soutien défaillant des cultures alternatives :

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

> *Les FSI n'ont aucun pouvoir sur certaines régions où elles peuvent être attaquées par des forces locales armées.* (SJ)

Concernant la prévention, nos répondants des divers secteurs mettent l'accent sur les actions investies par le Ministère des Affaires sociales et son homologue de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Ils expliquent que le Ministère des Affaires sociales possède une stratégie nationale de prévention (MAS, 2011) dont l'application reste incomplète. Selon le représentant du Ministère des Affaires sociales, quelques activités préventives sont assurées irrégulièrement ou indirectement par ce ministère à travers ses Services de développement communautaire répartis sur le territoire libanais.

À son tour, le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur inclut la toxicomanie dans sa stratégie de santé scolaire adressée aux écoles officielles (MEES, 2010a, 2010b) qui, d'après les représentants des secteurs social et éducatif, demeure irrégulière et sans horaire précis dans l'agenda scolaire. Au niveau de la désintoxication, nos répondants, toutes catégories confondues, déplorent la difficulté d'accès des personnes défavorisées aux soins en l'absence de structures de soins gouvernementales. Ils questionnent à ce titre l'existence d'un seul hôpital gouvernemental capable d'assurer des services de désintoxication. De même, ils critiquent la contribution limitée du ministère de la Santé publique aux coûts dispendieux des services privés. Sachant qu'aucun régime d'assurance, public ou privé, ne couvre ces services.

> *Pour nous faire traiter, on doit débourser entre 4 000 $ et 5 000 $…à part le fait que c'est cher, on ne guérit pas d'une seule cure.* (Jeune)

Quant à la réhabilitation et à l'insertion socioprofessionnelle, tous les participants s'accordent pour confirmer que l'État délègue l'entière responsabilité de ces actions stratégiques au secteur associatif dont les représentants déplorent le support financier minime assuré par le Ministère des Affaires sociales.

Le secteur associatif : un acteur stratégique proactif qui n'est pas à l'abri des critiques

En contrepartie aux contributions gouvernementales limitées en prévention et au retrait étatique en matière de réhabilitation et d'insertion, le secteur associatif s'empresse de prendre la relève. Nos répondants des deux secteurs social et médical mettent l'accent sur la diversité d'approches existantes : communautés thérapeutiques et de prière, centres de jour, travail de rue et en milieu carcéral. De leur côté, les parents apprécient la réponse intégrée que ce contexte institutionnel cherche à assurer :

> *Un cadre idéal qui ne s'adresse pas seulement aux personnes qui prennent des substances, mais aussi à leurs parents.* (Mère)

Au niveau préventif, les représentants des deux secteurs associatif et éducatif reconnaissent les carences identifiées par les jeunes toxicomanes. Le secteur associatif reconnaît notamment son incapacité à compenser le manque non comblé par l'État et relève particulièrement des lacunes en ce qui a trait à la prévention secondaire vu l'absence de structures d'occupation du temps libre et l'inexistence d'associations ciblant les jeunes et les adolescents à risque :

> *Jamais de ma vie, ni à l'école ni à l'université, je n'ai entendu parler de drogues, j'en voyais dans des films, je pensais que c'est loin de moi.* (Jeune)

> *[…] rien à offrir aux personnes à risque, pas de programmes de prévention secondaire…ni des centres spécialisés pour les 12-14…*(SA)

Concernant la réhabilitation, le nombre réduit d'associations spécialisées, centralisées en majorité dans les grandes villes, fait en sorte qu'il est impossible de répondre à l'ampleur de la demande, ce qui occasionne des retards d'admission considérables :

> *Mon frère fut mis sur la waiting liste pendant cinq mois, entre-temps il double sa consommation et change d'avis.* (Frère)

Dans cet ensemble, la prévention de la rechute et les stratégies d'insertion socioprofessionnelle demeurent les chaînons les plus faibles. Les actions existantes se résument à quelques services occasionnels de préparation à l'emploi et à un suivi post réhabilitation de court terme :

> *Les programmes existants ne sont pas suffisants pour habiliter les jeunes à s'intégrer sur le marché de travail.* (SA)

Ainsi, le manque d'accompagnement à long terme fragilise le jeune devant les risques de la rechute et prive les parents d'un soutien professionnel les habilitant à composer adéquatement avec les péripéties de l'insertion et les dangers de la rechute :

> *Un certain nombre de jeunes ayant achevé leur réhabilitation rechutent, car ils manquent de suivi étroit à long terme.* (SA)

> *Certaines familles n'arrivent pas toutes seules à contenir ce jeune.* (SA)

Sur le plan des ressources humaines, un certain manque de compétences professionnelles est pointé par les jeunes et les parents. Ces derniers dénoncent également le style de gestion rigide de certaines associations qui ne réussissent pas toutefois à contrôler les manœuvres entreprises par les jeunes pour contourner le système :

> *Ma dernière overdose s'est passée dans un centre de réhabilitation, j'avais de l'argent, J'ai fugué du centre et suis rentré clandestinement avec ma provision.* (Jeune)

> *[…] Ils me donnaient des leçons au moment où ils n'ont pas su protéger mon fils de l'overdose commise sous leurs yeux.* (Mère)

Certains répondants expliquent ces carences par l'absence de spécialisation des intervenants et des cadres institutionnels formés sur le tas et exerçant de façon isolée, en l'absence de plateformes d'échange et d'analyse de pratiques.

Une collaboration difficile entre les acteurs publics et privés

Un manque de concertation et un dédoublement des rôles, tant entre le secteur public et associatif, qu'au sein de ces deux secteurs est rapporté. Des valeurs et des principes en contradiction semblent affecter la collaboration et créer une forme de « chasses gardées » (SM) :

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

> *La collaboration manque entre les associations et les ministères, chacun avance à sa façon ce qui dédouble le travail et confond les rôles.* (SP)

> *Les modalités de communication font défaut, chacun suit ses propres repères…* (SJ)

Malgré leurs réalisations, les associations, auxquelles l'État confère une liberté d'action, se font reprocher d'agir de manière anarchique, dans un contexte dénué d'accréditation officielle basée sur des normes de qualité.

Face à cette dynamique insatisfaisante, certains acteurs ou intervenants soulignent la percée positive d'une action collective entreprise pour l'amendement de la Loi 673/98 en 2011. Cette action a été initiée et portée par plusieurs associations qui continuent encore aujourd'hui à mobiliser les figures publiques en faveur de l'entière application du volet thérapeutique de la loi.

Des sujets polémiques

La réduction des méfaits et la légalisation du haschisch demeurent deux sujets d'actualité recueillant des positionnements contradictoires. Au premier titre, les traitements de substitution réglementés par le Décret 849/1 suscitent un débat entre les répondants des différents profils. Les acteurs ou intervenants s'accordent pour exiger une meilleure précision des modalités d'application de ce décret, mais divergent dans leurs positionnements à d'autres égards. Certains regrettent l'administration du médicament en dehors d'une approche psychosociale globale. Quelques-uns revendiquent une utilisation provisoire visant l'abstinence alors que d'autres en reconnaissent la pertinence pour certains types de dépendance. Pour leur part, certains parents et jeunes, qui déplorent son coût élevé, questionnent son efficacité et le considèrent comme une drogue légalisée pouvant faire l'objet d'une mauvaise utilisation :

> *Ce médicament contient de l'héroïne… Que faisons-nous pratiquement ? Nous achetons de l'héroïne, mais de l'État cette fois-ci !* (Père)

> *C'est un substitut de l'héroïne, mais pas efficace, car ne te change pas le comportement.* (Jeune)

Mis à part le décret 849/1, aucune politique formelle de réduction des méfaits n'est formulée, et ce, en dépit du fait que certaines associations témoignent de plusieurs interventions s'inscrivant dans cette approche. Cependant, ces pratiques exercées en dehors d'un cadre réglementé ne font pas l'unanimité chez les répondants.

Concernant la légalisation du haschisch à des fins médicales, suggérée par certains politiciens libanais, elle soulève la vigilance de nos répondants du secteur associatif qui expriment leur doute quant à la capacité des instances gouvernementales à gérer adéquatement une telle avenue.

Conclusion et discussion

Cette analyse des politiques et des pratiques implantées au Liban en matière d'usage et d'abus de drogues illicites a été entreprise dans un contexte qui souffrait de l'absence d'une politique nationale en la matière. En synthèse, les résultats recueillis constatent l'existence d'une politique

fragmentée, réduite à une législation plus ou moins appliquée et occasionnant des lacunes dans la pratique. Malgré les contributions notables des secteurs public et associatif, les pratiques demeurent dispersées et souffrent de carences aggravées par un manque de qualification des ressources humaines et une collaboration institutionnelle difficile.

L'analyse de ces éléments à la lumière des composantes théoriques d'une politique sociale et des axes inhérents à l'approche de promotion de la santé permet d'identifier plusieurs paramètres exigeant une réforme.

En ce qui concerne le lien entre le législatif et l'opérationnel, une meilleure cohérence est requise pour faire le pont entre l'aspect thérapeutique de la Loi 673/98 et les pratiques gouvernementales concrètes. La remédiation nécessaire exige l'activation des mécanismes d'application de la loi, la consolidation et la décentralisation du Comité de lutte contre la toxicomanie, l'annulation de l'inscription au casier judiciaire, la réforme des prisons et l'organisation des interventions des FSI dans un plan compréhensif.

Sur le plan stratégique, la réduction de l'offre mérite d'être raffermie avec un perfectionnement des stratégies correspondantes. En matière de réduction de la demande, la prévention primaire et secondaire ainsi que l'intervention précoce devraient être considérées comme des priorités stratégiques animées par la préoccupation de rejoindre les jeunes et les parents dans leurs spécificités socioéconomiques et culturelles et de lutter contre les facteurs de risque. Pour la prise en charge, il importe d'assurer un meilleur accès au traitement pour les personnes défavorisées, de diversifier les approches et de consolider la réhabilitation par des stratégies développées d'insertion socioprofessionnelle et de prévention de la rechute. Quant à la réduction des méfaits, axe principal de l'approche de promotion de la santé, elle mérite d'être instaurée sur des bases formelles et structurantes pour les activités qui y sont rattachées. Dans cet ensemble, l'État est invité à répondre à l'ampleur des besoins en instaurant des centres spécialisés dans différentes régions libanaises et en fournissant un support financier accru aux associations existantes. Aux différents niveaux prémentionnés, la spécialisation des cadres et des intervenants s'impose comme une autre priorité.

Par ailleurs, la collaboration internationale, la recherche et l'évaluation, qui semblent être négligées par les politiques et les pratiques actuelles, devraient être bien présentes dans une politique nationale de drogues.

En somme, l'acteur gouvernemental est principalement interpellé pour remplir son rôle de référent capable de consolider la collaboration intersectorielle et interministérielle en insérant les initiatives notables des secteurs public et associatif, dans un plan national garant des critères de qualité, à la base d'une accréditation officielle.

Une première initiative associée au rôle attendu de l'État a vu le jour à la suite de cette étude menée entre 2012 et 2014. En 2015, le ministère de la Santé publique chargeait en effet une commission spéciale de l'élaboration d'un plan national relatif à l'usage et l'abus des substances psychoactives. Optant pour une approche interministérielle et intersectorielle, cette commission réussit à mobiliser des efforts collectifs pour diffuser en 2016 une stratégie nationale intitulée : Inter-Ministerial Substance Use Response Strategy for Lebanon 2016-2021, (MSP, MEES, MIM, MJ, MAS, 2016).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Cette stratégie comporte cinq domaines d'action et se préoccupe de promouvoir le respect des droits ainsi que la liberté et l'autonomie des personnes usagères et dépendantes des drogues. La révision de la loi et le développement d'actions advocatives sont inclues dans les objectifs du premier domaine. Le domaine 2 traite des objectifs à atteindre en matière de réduction de la demande, sachant que la partie introductive de la stratégie précise des groupes vulnérables. Ce même domaine met un terme au manque d'unanimité entourant la réduction des méfaits en préconisant des objectifs en lien avec cette approche. Quant à la réduction de l'offre, des objectifs minimalement développés lui sont consacrés dans le domaine 3. Le domaine 4 s'intéresse pour sa part au suivi et au monitorage des diverses interventions, alors que la collaboration internationale fait l'objet du domaine 5. Tout au long de cette stratégie, l'amélioration de la qualité constitue une préoccupation première et fait l'objet d'objectifs spécifiques dans le domaine 2.

Cette stratégie, bien qu'encore d'ordre théorique, s'inscrit dans une visée de consolidation d'une approche de promotion de la santé. Son implantation, qui en est encore à ses débuts, permettra d'évaluer dans quelle mesure les lacunes actuelles seront réellement comblées, car comme dans toute implantation, des limites considérables peuvent contrecarrer la marge de liberté des décideurs (Muller et al., 1996). À notre avis, la présente analyse des politiques et des pratiques avance des éléments de compréhension concrets et des enjeux importants, émanant de l'expérience d'acteurs étroitement impliqués, que l'opérationnalisation de la stratégie nationale gagnerait à prendre en considération.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Références

Antoun, F. (1994). *Enquête de terrain auprès de 804 toxicomanes menée dans quatre ONG libanaises*. Document inédit.

Barreyre, J. Y., Bouquet, B., Chantreau, A. et Lassus, P. (1995). *Dictionnaire critique de l'action sociale*. Paris, France : Bayard. Collection Travail social.

Beauchesne, L. (2007). Une légalisation des drogues inscrite en promotion de la santé : les conditions. *Criminologie, 40*(1), 135-154.

Boustani, A. (1992, octobre). *Populations exposées et recours aux substances psychotropes*. Actes du 1er Colloque franco-libanais organisé par la Faculté des sciences médicales de l'Université libanaise, en collaboration avec l'Hôpital Saint-Charles et la Délégation générale de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, Beyrouth, Liban.

Boustani A. (1994, avril). *Cliniques et cultures chez les personnes dépendantes*. Actes du 2e Colloque franco-libanais organisé par la Faculté des sciences médicales de l'Université libanaise, en collaboration avec l'Hôpital Saint-Charles et la Délégation générale de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, Beyrouth, Liban.

Boustani, A. (1998). *Drogues de paix, drogues de guerre*. Paris, France : Éditions Hachette Littératures.

Centre de contrôle et de prévention des maladies, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de la Santé publique et Organisation mondiale de la santé. (2014). Lebanon Global School-Based Student Health Survey 2011. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.

Conseil de l'Union européenne. (2004). *Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012)*. Bruxelles, Belgique : Conseil de l'Union européenne.

Conseil de l'Union européenne. (2012, 29 décembre). Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020). *Journal officiel de l'Union européenne, C. 402*, 1-10. Repéré à https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/docs/body/drug_strategy_2013_2020_fr.pdf

Conseil scientifique de l'évaluation. (1996). *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*. Paris, France : Conseil scientifique de l'évaluation.

Coordination permanente cellule générale de politique de drogues. (2010). *Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique*. Bruxelles, Belgique : Conférence Interministérielle Drogues.

De Ketele, J. M. et Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements de méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents* (3e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.

Département fédéral de l'intérieur et Office fédéral de la santé publique. (2015). *Stratégie nationale Addictions 2017–2024*. Berne, Suisse : Confédération suisse, Santé 2020. Repéré à https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2660/Strategie_Nationale_Addiction.pdf

Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative, guide pratique*. Montréal, Québec : Chenelière.

Devresse, M. S. et Cauchie, J. F. (2000). Nouvelles politiques publiques belges sécuritaires et sociosanitaires en matière de toxicomanie : à la recherche d'une logique d'alliance. *Criminologie, 33*(2), 109-126.

Donzelot, J. (1994). *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques* (2e éd.). Paris, France : Éditions Points.

Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes. (2015). *Politique Drogues et Plan Drogues en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles, Belgique : Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (FEDITO), Fédération des employeurs des institutions ambulatoires pour toxicomanes (FEIAT), coordination locale drogues Bruxelles (CLDB). Repéré à http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/Politique_Plan_Drogues_Bruxelles_2016_2019_FR.pdf

Ghandour L. A., El Sayed, D. S. et Martins, S. S. (2012). Prevalence and patterns of commonly abused psychoactive prescription drugs in a sample of university students from Lebanon: an opportunity for cross-cultural comparisons. *Drug Alcohol Depend, 121*(1-2),101–117.

Institute of Health Management and Social Protection. (2012). *National Health statistics report in Lebanon*. Beyrouth, Liban : Institute of Health Management and Social Protection. Repéré à https://www.usj.edu.lb/intranet/annonce/files/pdf/175_pdf_1.pdf

Karam, E. G., Ghandour, L. A., Maalouf, W. E., Yamout, K. et Salamoun, M. M. (2010). A rapid situation assessment study of alcohol and drug use in Lebanon. *Lebanese Medical Journal, 58*(2), 77.

Kerbage, H. et Haddad, R. (2014). *Lebanon: Drug situation and policy*. Strasbourg, France : Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit trafficking in Drugs. Repéré à https://rm.coe.int/drug-situation-and-policy-by-hala-kerbage-psychiatrist-at-hotel-dieu-d/168075f2a9

La documentation française. (2013). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. Paris, France : La documentation française, Collection des rapports officiels. Repéré à http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf

Matta, H. et Hazaz, M. (2011). L'insertion socioprofessionnelle des personnes ex-toxicomanes au Liban : perceptions, réalité et défis. *Drogues, santé et société, 10*(1), 197-237.

Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin éditeur.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin éditeur.

Merrien, F. X. (1998). De la gouvernance et des États Providence contemporains. *Revue internationale des sciences sociales, 155*, 61-71.

Miles M. B. et Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020

Ministère de la Santé publique, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de l'Intérieur et des Municipalités, Ministère de la Justice et Ministère des Affaires sociales. (2016). *Inter-Ministerial Substance Use Response Strategy for Lebanon 2016-2021*. Beyrouth, Liban : Ministère de la Santé publique, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de l'Intérieur et des Municipalités, Ministère de la Justice et Ministère des Affaires sociales.

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2010a). *Risky Behavior-school Based Drug Use prevention activities*. Beyrouth, Liban : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Document inédit.

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2010b). *Creating Agents of Prevention: A School-Based Approach to Drug Prevention (2010-2012).* Beyrouth, Liban : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Document inédit.

Ministère des Affaires sociales. (2011). *A National Comprehensive Drug Prevention Plan: the developed version (2011-2016)*. Beyrouth, Liban : Ministère des Affaires sociales. Document inédit.

Muller P., Leca J., Majone G., Thoenig J-C. et Duran P. (1996). Enjeux, controverses et tendances de l'analyse des politiques publiques. *Revue française de science politique, 46*(1), 96-133.

Muller, P. et Surel, Y. (1998). *L'analyse des politiques publiques*. Paris, France : Montchrestien, coll. CLEFS, politique.

Office Fédéral des Assurances Sociales. (2011). *Politique sociale : vue d'ensemble*. Berne, Suisse : Office Fédéral des Assurances Sociales.

Perret, B. (2008). *L'évaluation des politiques publiques*. Paris, France : Collection Repères, Éditions La Découverte.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, France : Dunod.

Santé Canada. (2016, 12 décembre). L'approche fondée sur des données probantes remet l'accent sur la santé tout en renforçant l'application de la loi. Repéré à https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2016/12/gouvernement-canada-annonce-adoption-nouvelle-strategie-globale-drogues-portee-propositions-reformes-legislatives.html?=undefined&wbdisable=true

Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données* (p. 293-316). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Simard, G. (1989). *La méthode du focus groupe*. Laval, Québec : Mondia.

Skoun. (2006). New perspectives for the prevention and treatment of addictions. Dans *Actes du colloque organisé par Skoun en partenariat avec la fondation humanitaire Al Waleed Bin Talal*. Beyrouth, Liban : Skoun.

Stine, R. et Ellefson, P. (1997). Organizational Effects On Policy Implementation in a Geographically Dispersed Natural Resources Organization. *Evaluation Review, 21*(4), 419-437.

United Nations Office on Drug and Crime. (2011). *De la coercition à la cohésion : Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions*. New York, NY : United Nations Office on Drug and Crime.

United Nations Office on Drug and Crime et Institute for Development, Research and Applied Care. (2003). *Final report, Technical report on Drugs and Crime in North Africa and Middle East*. *Substance Use and Misuse in Lebanon, the Lebanon rapid situation assessment and responses study.* New York, NY : United Nations Office on Drug and Crime.

United States Department of State. (2014). *International Narcotics Control Strategy Report Volume I, Drug and Chemical Control*. Washington, D.C. : Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 18, no 1, février 2020