

E.M.C.D.D.A.
European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

European Legal Database on Drugs

<http://eldd.emcdda.org/>

Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution

Rapport technique élaboré par l'OEDT à la demande
du Secrétariat du Groupe Pompidou

EMCDDA
ELDD Comparative Study
August 2000

Published at

http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm

E3758

Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution

Introduction

Le traitement de la toxicomanie a été considéré comme une mesure visant à réduire l'abus de drogues dès la signature de la Convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies, en 1961. Toutefois, le seul principe admis de traitement des toxicomanes mentionné dans la convention était leur désintoxication par un «traitement sans drogue».

Les mesures thérapeutiques antidrogue sous forme de traitements de maintien et de distribution de produits de substitution ne sont pas expressément mentionnées dans les Conventions de l'Onu de 1961, 1971 et 1988.

Des mesures thérapeutiques recourant pour l'essentiel à la distribution de méthadone ou d'autres agonistes aux héroïnomanes fortement dépendants ont cependant été mises à l'essai dans certains pays d'Europe dès la fin des années 60 et dans les années 70, pour ensuite être affinées et étendues au cours des années 80 et 90.

En conséquence, l'examen, dans une perspective internationale, de la légitimité des interventions et des programmes de traitement de substitution se heurte à un obstacle majeur, en ce sens que les conventions des Nations Unies¹, bien qu'elles entendent réglementer la production et la consommation de drogues illicites, ne régissent pas expressément la distribution de stupéfiants en vue de réduire l'abus de drogues ou les dommages qui en découlent.

Fins médicales et scientifiques

Le principal objectif des Conventions des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961 et de 1971 était de créer un système international de contrôle pour surveiller la production de stupéfiants et de substances psychotropes, en interdisant tout usage sans autorisation préalable des autorités nationales. Pour l'essentiel, ces conventions limitent exclusivement à des «fins médicales et scientifiques» l'emploi, la détention, la production, etc. de substances répertoriées (article 4.c de la Convention de 1961; article 5.2 de la Convention de 1971).

Nous pouvons déduire de la Convention de 1961 que l'intention du législateur était d'interdire l'abus de drogues, autorisant uniquement leur emploi pour des «raisons médicales» visant principalement à «soulager la douleur».

Le préambule de la Convention unique de 1961 reconnaît en fait «que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin». L'article 4.c confirme que «la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants» doivent être limités «exclusivement aux fins médicales et scientifiques».

¹. Convention unique sur les stupéfiants, New York, 1961, telle que modifiée par le Protocole du 25 mars 1972. Convention sur les substances psychotropes, New York, 1971.

Il est donc évident que le législateur, tout en construisant un système fondé sur une approche générale d'interdiction des drogues, voulait assurer la disponibilité de «certaines» de ces substances pour les utiliser dans le traitement de la douleur. Cependant, les conventions n'explicitent pas la notion de «fins médicales et scientifiques» et ne précisent pas quelles substances peuvent déroger à la règle d'interdiction totale, même pour des raisons médicales.

Substances contrôlées

Les drogues et substances psychotropes sont recensées dans huit tableaux (quatre dans chaque convention – 1961 et 1971), en fonction de leur intérêt thérapeutique, des risques d'abus et des dangers pour la santé. L'article 2 de la Convention des Nations Unies de 1961 prévoit des mesures de contrôle à l'égard des stupéfiants énumérés dans ces tableaux.

Les stupéfiants figurant au tableau I (à savoir, entre autres, la méthadone, l'opium, l'héroïne, la morphine, la cocaïne, le cannabis) «sont soumis à toutes les mesures de contrôle applicables aux stupéfiants visés par la présente convention».

Pour les tableaux II et III, les contrôles sont moins stricts en raison des propriétés thérapeutiques des substances recensées: le tableau II contient la codéine, le propiram, etc., et le tableau III les préparations dérivées de l'opium, de la morphine, de la codéine, etc.

Le tableau IV reprend les drogues les plus dangereuses déjà inscrites au tableau I, qui sont particulièrement nuisibles et ont une valeur médicale et thérapeutique extrêmement limitée, dont la désomorphine, le cannabis et l'héroïne.

Concernant la question du commerce et de la distribution des stupéfiants, la convention prévoit un système de contrôle fondé sur des autorisations et des licences: autorisation de certaines transactions internationales individuelles, tenue de registres détaillés, système limitant les quantités des drogues disponibles par fabrication ou importation licites, et obligation d'une ordonnance médicale pour dispenser ou fournir à des particuliers des drogues contrôlées.

L'article 30 dispose que si les pays estiment que les prescriptions médicales sont «nécessaires ou souhaitables», même pour les substances du tableau I, ils doivent demander qu'elles «soient écrites sur des formules officielles qui seront fournies [...] par les autorités administratives officielles ou par les associations professionnelles autorisées» [article 30.2.b.ii].

Nous pouvons déduire de cet article que la possibilité de prescrire ou non de la méthadone ou d'autres drogues contrôlées se trouve couverte par l'expression «nécessaires ou souhaitables». Si un pays estime que la prescription d'une drogue contrôlée est «nécessaire» et n'est pas contraire à l'esprit général de la convention, la seule exigence consiste à appliquer des règles strictes telles que l'utilisation de formulaires officiels, la tenue de registres et d'autres mesures de contrôle.

Néanmoins, en ce qui concerne les stupéfiants inscrits au tableau IV (notamment l'héroïne), et compte tenu de ce que les régimes de contrôle prévus par la convention varient d'un tableau à l'autre, les pays «devront adopter toutes les mesures spéciales de contrôle qu'ils jugeront nécessaires en raison des propriétés particulièrement

dangereuses des stupéfiants visés» (article 2, paragraphe 5.a). L'utilisation de l'héroïne à des fins médicales et sa délivrance contrôlée aux toxicomanes, quoiqu'elles ne soient pas expressément interdites par la convention, sont des pratiques controversées parmi les pays européens.

Traitements thérapeutiques

La Convention de 1961 des Nations Unies invite les Etats membres à prendre «toutes les mesures possibles» pour traiter les personnes qui abusent de drogues afin de réduire l'abus des stupéfiants.

L'article 38 reconnaît en fait l'importance des mesures de lutte contre l'abus des stupéfiants, invitant les pays signataires à «[prendre] toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées».

Toutefois, la convention ne précise pas quelles sont ces mesures, laissant toute latitude aux Etats membres pour les définir.

La seule référence au traitement, dans le cadre de la convention, est faite dans la Résolution II de la Conférence des Nations Unies pour l'adoption de la Convention unique de 1961, annexée à cette dernière: «La conférence [...] déclare que l'une des méthodes les plus efficaces de traitement des toxicomanes est celle qui peut être appliquée dans des établissements hospitaliers, dans lesquels le toxicomane ne peut plus se procurer de stupéfiants.»

Il semble évident que, si le législateur entend favoriser le traitement des toxicomanes, il laisse le choix aux Etats membres d'appliquer «toutes les mesures possibles» qui ne sont pas contraires aux dispositions de la convention, y compris l'administration de substances contrôlées pour des raisons médicales. La résolution recommandant un traitement sans drogues n'exclut pas le recours à d'autres «mesures possibles», au sens de l'article 38.

Les dispositions de la Convention de 1988 doivent être lues à la lumière des Conventions de 1961 et de 1971. Chaque Partie à la Convention de 1988 est tenue d'adopter les mesures nécessaires pour conférer à certains actes le caractère d'infractions pénales conformément à son droit interne. Ces infractions concernent des actes interdits en vertu de la Convention de 1961 et de celle de 1971, tels que la fabrication, la distribution ou la vente illicites de toute drogue ou substance psychotrope. La Convention de 1961 permettant expressément, moyennant autorisation, la fourniture et l'emploi, à des fins médicales et scientifiques, de drogues, dont l'héroïne, la Convention de 1988 ne l'interdit pas à de telles fins.

Traitements de substitution

Si le traitement de substitution apparaît ainsi comme un type de traitement répondant à l'objectif de l'article 38, qui est de réduire l'abus des stupéfiants, il n'est pas expressément envisagé par les conventions de l'Onu. En ce qui concerne la prescription médicale d'une substance contrôlée, la Convention de 1961 autorise les pays à «[exiger] que les stupéfiants ne soient fournis ou dispensés à des particuliers que sur ordonnance

médicale», même pour les drogues inscrites au tableau I (article 30.2.b.i²), à moins que cette disposition ne soit contraire aux objectifs généraux de la convention.

Quant à savoir si l'expression «à des fins médicales et scientifiques» permet l'utilisation de drogues contrôlées, les conventions ne semblent renvoyer «expressément» qu'au soulagement de la douleur, bien que l'article 30 affirme que la prescription de drogues peut être autorisée dans certaines conditions et en utilisant des formulaires officiels. D'où la possibilité d'étendre l'interprétation de l'expression «à des fins médicales et scientifiques» au traitement des toxicomanies.

Etats membres européens

Le traitement de substitution s'est développé en Europe durant les années 70 et 80, dans un paysage juridique relativement lacunaire à cet égard. C'est seulement au cours de ces dernières années que les pays européens semblent avoir pris officiellement position sur l'efficacité et la nécessité des programmes de traitement de substitution, reconnaissant une situation dans laquelle la prescription de produits de substitution à base de méthadone ou d'autres agonistes des opiacés était acceptée par les médecins et les décideurs, et souvent légalisée par des lois appropriées.

Toutefois, bien que les traitements de substitution soient généralement reconnus comme une mesure efficace pour réduire la criminalité liée aux comportements à risque et à la drogue, améliorant ainsi le bien-être social et la santé, les mesures concrètes adoptées par les différents pays de l'UE varient considérablement.

Les substances autorisées comme produits de substitution, les acteurs autorisés à les prescrire et à contrôler les prescriptions, les buts et les modalités d'exécution, les critères d'accès, le choix des substances prescrites, etc. sont en effet très variables.

Dans certains Etats membres, les traitements de substitution sont très récents alors que dans d'autres, ils existent depuis assez longtemps³. Comme l'a fait remarquer l'OEDT dans le dernier numéro de sa revue *Insight*, «Review of the Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe» (Examen de la pratique actuelle en matière de

2. Convention de 1961 des Nations Unies, article 30 – Commerce et distribution

1. [...]

2. En outre, les parties:

a. empêcheront aussi l'accumulation, en la possession des commerçants, des distributeurs, des entreprises d'Etat, ou des personnes dûment autorisées visées ci-dessus, de quantités de stupéfiants et de paille de pavot excédant celles qui sont nécessaires au fonctionnement normal de l'entreprise, compte tenu de la situation du marché;

b.i. exigeront que les stupéfiants ne soient fournis ou dispensés à des particuliers que sur ordonnance médicale. Cette disposition n'est pas nécessairement applicable aux stupéfiants que des particuliers peuvent légalement obtenir, utiliser, dispenser ou administrer à l'occasion de l'exercice dûment autorisé de leurs fonctions thérapeutiques; et

ii. si les parties jugent ces mesures nécessaires ou souhaitables, elles exigeront que les ordonnances prescrivant des stupéfiants du tableau I soient écrites sur des formules officielles qui seront fournies sous la forme de carnet à souches par les autorités administratives compétentes ou par les associations professionnelles autorisées.

3. (...)

4. (...)

5. (...)

6. (...)

3. Année officielle de mise en place de traitements à la méthadone: Suède, 1967; Royaume-Uni et Pays-Bas, 1968; Danemark, 1970; Finlande, 1974; Italie, 1975; Portugal, 1977; Espagne, 1983; Autriche, 1987; Luxembourg, 1989; Allemagne et Irlande, 1992; Grèce, 1993; France, 1995; Belgique, 1997. Rapport annuel 2000 de l'OEDT.

traitements de substitution en Europe⁴), pendant longtemps, la seule option thérapeutique possible au regard de la loi a été la désintoxication basée sur une approche stricte. La méthadone ou d'autres opiacés ne pouvaient être administrés à un toxicomane que s'il remplissait des critères d'indication très précis ou pour traiter la douleur.

Dans de nombreux pays, les années 70 et 80 furent dominées par une adhésion stricte au dogme de l'abstinence. Le respect de l'idéal thérapeutique de l'abstinence totale pour tous les consommateurs d'opiacés était considéré comme un préalable à toute aide concrète à la survie et comme le seul critère valable de réussite d'un traitement contre la drogue. Les traitements de substitution rencontraient une opposition générale, notamment parmi les hommes politiques, les professionnels et les institutions de la santé, et le traitement de maintien à la méthadone était considéré comme une erreur médicale.

Petit à petit, l'efficacité des thérapies de maintien dans d'autres pays et une sensibilisation accrue aux facteurs de risque comme la contamination par le VIH ont modifié l'attitude des milieux médicaux et politiques vis-à-vis de ce type de traitement. Dans de nombreux pays, au cours des années 80, est apparue une demande pour des nouvelles approches, privilégiant les mesures de réduction des dommages; il en est résulté une acceptation progressive des programmes de maintien à la méthadone pour soigner les toxicomanes fortement dépendants.

Ces nouveaux programmes ont souvent commencé sous la forme d'expériences thérapeutiques ou de projets pilotes, hors de tout cadre juridique officiel, et souvent malgré l'opposition d'une partie de l'opinion publique, du corps médical et de la classe politique.

C'est l'efficacité de ces programmes pilotes en termes de réduction des risques liés à la drogue et au HIV ainsi que de la criminalité liée à la drogue, mais aussi en termes d'amélioration de l'état de santé général des toxicomanes, qui a ouvert la voie à une réforme de la législation reconnaissant officiellement les traitements de substitution à la méthadone ou à d'autres agonistes des opiacés.

A l'heure actuelle, tous les pays de l'UE se sont dotés de dispositions juridiques ou de lignes directrices concernant l'administration aux toxicomanes de méthadone ou d'autres agonistes des opiacés. Toutefois, l'organisation des programmes de traitement de substitution, le nombre de places disponibles, les ressources et financements nécessaires, ainsi que les substances autorisées pour des raisons médicales, sont encore largement subordonnés à l'opinion publique et aux choix politiques.

4. L'OEDT a récemment réalisé une étude sur les traitements de substitution: voir Insights n° 3 «Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment Europe». De plus, une nouvelle étude, lancée en septembre 2000, analysera la légitimité, dans une perspective internationale des initiatives nationales en matière de traitements de substitution; les résultats devraient en être connus à la mi-2001.

Références bibliographiques

- OEDT, *Insights* n°3, «Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe»
- Convention unique sur les stupéfiants, New York, 1961, telle que modifiée par le protocole du 25 mars 1972
- Convention sur les substances psychotropes, New York, 1971
- Institut suisse de droit comparé: AVIS 99-121c, «Use of Narcotic Drugs in Public Injection Rooms under Public International Law»
- Commission des stupéfiants, «Effets de la prescription de stupéfiants aux toxicomanes sur les individus, la société et le contrôle international des drogues», Vienne, 40^e session, 1997 – E/CN.7/1997/7 (version électronique, URL: http://www.odccp.org/pdf/document_1997-01-21_2.pdf)
- Rapport annuel 2000 de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, chapitre 4: «Selected Issues, Substitution Treatment»

[International Conventions](#)[Therapeutic treatment](#)[Further options](#)[Sitemap](#)[Advanced search](#)[Contact us](#)[Register with us](#)[Print](#)

Therapeutic treatment

Treatment for drug addiction was seen as a means of reducing drug abuse as early as 1961 when the [UN Single Convention on Narcotic Drugs](#) was signed. However, therapeutic measures to treat drug addiction through maintenance and substitution substances such as methadone or similar antagonists are not expressly mentioned by any of the three [UN Conventions](#).

Yet the fact that Article 30.2.b.i of the 1961 Single Convention permits the 'supply or dispensation of drugs to individuals' on prescription provided the necessary legitimacy for some practitioners to apply therapeutic measures such as substitution treatment for acute heroin addicts. These practices began in some European countries in the late 1960s and early 1970s. At international level, however, the legitimacy of substitution-treatment interventions does fall into a legal 'grey area' given that none of the UN Conventions expressly regulate the supply and use of narcotics to reduce drug abuse or other related problems.

The 1961 UN Single Convention calls on its signatories to take 'all practicable measures for the prevention of abuse of drugs and for the early identification, treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration of the persons involved' (art. 38). However, the Convention does not specify what those measures should be, leaving this to the individual signatories to define. Indeed, drug-free treatment as such is only defined in [Resolution II](#) of the United Nations Conference for the Adoption of the 1961 Single Convention:

The Conference declares that one of the most effective methods of treatment for addiction is treatment in a hospital institution having a drug free atmosphere.

This Resolution, however, while declaring drug-free treatment in a hospital environment 'one of the most effective methods of treatment for addiction' does not exclude recourse to other 'practicable measures' that the Parties may deem appropriate.

Substitution treatment

Substitution treatment in Europe developed during the 1970s and 1980s with rather ambiguous legitimacy. It is only recently that European countries have appeared to take a formal position concerning the effectiveness and necessity of substitution-treatment programmes to the extent that prescribing methadone or other opiate agonists has become accepted by practitioners and decision-makers, and often formalised by law.

Yet, although substitution treatment is generally recognised as an effective means of reducing risk behaviour and drug-related criminality and improving social and health well-being, major variations can be found in practice among the EU Member States. These include differences in the substances prescribed, the actors allowed to prescribe them and to control prescription, the purposes and modalities of execution, eligibility criteria, as well as great variations in the length of time a Member State has allowed such treatment to be carried out.

As reported in the EMCDDA's November 2000 [Insights](#) publication, Reviewing current practice in drug-substitution treatment in Europe, for a long time the only legal option for treatment in Europe was detoxification. Methadone or other opiates could only be administrated to drug users when highly specific criteria were met or for pain therapy. In many countries during the 1970s and 1980s, the therapeutic ideal of permanent abstinence for all opiate users was considered the only valid premise for providing practical support and the only valid criterion for successful drug treatment. There was general opposition to substitution treatment, including from politicians, medical professionals and authorities, and methadone-maintenance treatment was even considered as medical malpractice.

Gradually, the effectiveness of maintenance therapy in other countries and increasing awareness of risk factors like HIV infection produced a change in the medical and political approach to maintenance treatment. In many countries during the 1980s, a new

demand for alternative, harm-reduction measures led to a gradual acceptance of methadone-maintenance programmes to treat those severely addicted. These new programmes often started as treatment trials and pilot projects, outside any formal legal recognition, and often under opposition from some areas of public opinion, the medical profession and political society. It was the effectiveness of these pilot programmes in reducing HIV, drug-related risks and drug-related crime — as well as in improving the general health conditions of drug addicts — that opened the way for legislative changes legally formalising maintenance treatments with methadone or other opiate agonists.

To date, all EU Member States have legal provisions and/or guidelines for administering methadone or other opiate agonists to drug addicts. However, the organisation of substitution-treatment programmes, the availability of places on such programmes, resources and funding, as well as the substances prescribed, are still strongly associated with public opinion and political views.



[LUTTE CONTRE LA DROGUE >](#)

Prévention et réduction des risques liés à la toxicomanie

1) OBJECTIF

Réduire la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé ainsi que le nombre de décès liés à l'usage de substances stupéfiantes.

2) PROPOSITION

Proposition de recommandation du Conseil relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie [COM(2002)201 - Non publié au Journal officiel].

3) SYNTHÈSE

Fondée sur l' article 152 du Traité CE, l'action de la Communauté vise à assurer un niveau élevé de protection de la santé publique. En matière de lutte contre la drogue, le programme d'action de prévention de la toxicomanie ainsi que le programme d'action de prévention du sida et des maladies transmissibles ont soutenu des projets visant à réduire les risques, notamment par le biais d'actions d'information, d'éducation et de formation coordonnées au niveau européen. En outre, le futur programme cadre d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) comprend l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre de mesures dans ce domaine.

Approuvée par le Conseil européen d'Helsinki en décembre 1999, la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) comprend trois objectifs principaux :

- diminuer de manière significative, dans un délai de 5 ans, la fréquence des effets nocifs des drogues illicites ainsi que le recrutement de nouveaux consommateurs ;
- diminuer de manière significative, dans un délai de 5 ans, la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé (VIH, Hépatite B et C, tuberculose) et le nombre de décès liés à la drogue ;
- augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès.

La présente recommandation du Conseil a pour objectif principal de contribuer à la réalisation du deuxième objectif. Elle incite les États membres :

- à faire de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques annexes un objectif de santé publique ;
- de prévoir diverses interventions afin de diminuer de façon significative la

fréquence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose, etc) et le nombre de décès liés à la drogue.
Ces interventions sont les suivantes : informer et conseiller les toxicomanes ainsi que les familles et l'opinion publique ; inclure des méthodologies axées sur le travail de proximité (niveau local, contact avec les groupes cibles spécifiques) dans les politiques nationales ; encourager la participation de pairs et de volontaires au travail de proximité ; promouvoir l'établissement de réseaux professionnels ; fournir des traitements complets de substitution (soutien psychologique approprié, désintoxication) ; empêcher le détournement des produits de substitution ; promouvoir la vaccination contre l'hépatite B ; garantir un accès approprié à la distribution de préservatifs, d'aiguilles et de seringues, ainsi qu'aux programmes et aux centre d'échanges ; prévoir des services d'urgence pour traiter les surdoses ; organiser l'intégration appropriée des soins médicaux et sociaux primaires et des stratégies spécialisées dans la réduction des risques ; soutenir la formation et l'accréditation des professionnels de la réduction des risques.

- *d'élaborer une évaluation pertinente des actions menées.*

Les mesures peuvent être les suivantes : élaborer et mettre en œuvre des protocoles d'évaluation de la qualité basées sur les lignes directrices de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ; organiser la collecte et la diffusion d'informations sur les activités de proximité, sur les traitements de substitution, sur les programmes d'échange de seringues et sur les services d'information et de conseil ; analyser et utiliser les résultats des évaluations dans l'élaboration de politiques plus efficaces ; mettre sur pied des programmes de formation en matière d'évaluation ; introduire des méthodes innovantes associant tous les acteurs.

- *d'encourager, au sein de l'Union européenne et avec les pays candidats, l'échange de compétences, d'expériences et des résultats des programmes, etc.*

Le Conseil invite la Commission à coopérer avec les organisations internationales compétentes (Organisation mondiale de la santé, Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues).

Conformément au Plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-2004), la Commission est invitée à rédiger un rapport avec le soutien technique de l'OEDT en vue de réviser et d'actualiser la présente recommandation.

4) PROCÉDURE

Procédure de consultation (CNS/2002/0098)

Dernière modification le: 06.09.2002



52002PC0201

Proposition de recommandation du Conseil relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie

/* COM/2002/0201 final - CNS 2002/0098 */

ES	CS	DA	DE	ET	EL	EN	FR	IT	LV	LT	HU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	FI	SV
html		html	html		html	html	html	html					html		html				
pdf		pdf	pdf		pdf	pdf	pdf	pdf					pdf		pdf				
doc		doc	doc		doc	doc	doc	doc					doc		doc				

Proposition de RECOMMANDATION DU CONSEIL relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie

(présentée par la Commission)

PROPOSITION DE RECOMMANDATION DU CONSEIL RELATIVE À LA PRÉVENTION ET À LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS A LA TOXICOMANIE

MEMORANDUM À L'ATTENTION DE M. BYRNE.

Cette proposition de recommandation du Conseil est basée sur l'article 152 et réfère explicitement à l'obligation qui est faite à la Communauté de compléter les actions entreprises par les Etats Membres pour réduire l'impact sur la santé des drogues.

Cette proposition, vise à remplir l'objectif établi par le document sur la stratégie anti-drogues de l'Union Européenne (2000-2004). Cette stratégie vise à diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé ainsi que le nombre des décès liés à l'usage de substances stupéfiantes, utilisant pour se faire des mesures de réduction des risques qui ont démontré leur efficacité dans ce domaine.

La présente proposition inclue des mesures d'information, de conseil, et de développement des services d'urgences, de méthodologies de travail en réseau des différents partenaires visant à une meilleure intégration entre les services sociaux et les services de santé. Ces mesures renforceront également le développement de méthodes de formation et d'accréditation des professionnels de santé dans ce domaine. Une attention toute particulière est portée dans cette recommandation du Conseil sur la prévention des risques infectieux liés à l'usage de drogues.

D'autre part, dans ce projet de recommandation du Conseil les Etats Membres sont invités à accroître l'efficacité de leurs efforts en matière de prévention de la toxicomanie et de prévention des risques pour la santé liés à l'usage de substances psychotropes. Ces mesures incluent l'usage de données appropriées et d'évidence scientifique, une évaluation plus pertinents des besoins, l'établissement de critères de qualité et le développement de mesures et de programmes de formation de différents niveaux et pour différents publics. Enfin, une attention toute particulière est portée à l'échange d'information au sein de l'Union Européenne qui doit être développée.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans sa communication au Conseil et au Parlement européen sur la mise en oeuvre du Plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004), la Commission a annoncé la préparation d'une proposition de recommandation du Conseil sur la prévention et la réduction des risques liés à la toxicomanie [1].

[1] COM (2001) 301 final.

La Stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004), approuvée par le Conseil européen réuni en décembre 1999, comprend trois objectifs principaux en matière de santé publique:

- * diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la prévalence de la consommation des drogues illicites ainsi que le recrutement de nouveaux consommateurs, particulièrement chez les jeunes de moins de 18 ans;
- * diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose, etc.) et le nombre de décès liés à la drogue;
- * augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès.

La présente recommandation du Conseil, fondée sur l'article 152 du traité, a pour objectif principal de contribuer à la réalisation du deuxième objectif en matière de santé publique par les États membres.

La situation et les tendances en matière d'usage de drogues et d'effets nocifs des drogues sur la santé ont été décrites dans les rapports annuels de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) [2]. L'usage de drogues illicites est plus fréquent chez les jeunes adultes, avec un taux de consommation atteignant le double de celui de l'ensemble de la population, voire plus. Le cannabis est la drogue illicite la plus largement consommée. Les amphétamines et l'ecstasy arrivent en deuxième position, suivies par la cocaïne en troisième position, avec un niveau de consommation en hausse, et par l'héroïne, dont la consommation reste faible et assez stable. La prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse est relativement stable, même si la prévalence des infections à l'hépatite C reste élevée [3].

[2] Selon les informations fournies par l'OEDT.

[3] Selon les informations fournies par l'OEDT.

Des mesures de réduction des risques ont permis de diminuer le nombre de décès et d'atteintes graves à la santé liés aux drogues [4]. La réduction des risques inclut l'échange de seringues et d'autres mesures d'hygiène en rapport avec l'injection de drogues, le recours à des traitements de substitution [5], des services à bas seuil, des informations et des conseils sur la consommation de drogues et les pratiques sexuelles à moindre risque, ainsi qu'un travail de proximité [6].

[4] Selon les informations fournies par l'OEDT.

[5] OEDT (2000), *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union, Insight Series n°3*, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

[6] OEDT (1999), *Outreach Work among Drug Users in Europe: Concepts, Practice and Terminology, Insights Series n°2*, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

L'ampleur de la réponse des différents États membres en matière de réduction des risques varie considérablement d'un pays à l'autre. Les États membres qui disposent de peu de mesures de réduction des risques sont susceptibles de connaître une recrudescence de la transmission du VIH et des hépatites B et C [7].

[7] OEDT (2001), *Estimating Coverage of Harm Reduction Measures for Injection Drug Users in the European Union (projet de document)*, OEDT.

L'évaluation constitue un instrument essentiel pour améliorer la prévention de la toxicomanie et réduire les risques liés à celle-ci [8]. La stratégie antidrogue de l'Union européenne consacre un chapitre entier à l'évaluation. Par ailleurs, les politiques communautaires et nationales pourraient contribuer à des progrès significatifs en la matière. La présente recommandation du Conseil soutiendra également l'élaboration de stratégies d'évaluation fondées sur des données probantes, afin d'améliorer l'efficacité de la prévention de la toxicomanie et la réduction des risques pour la santé induits par la consommation de drogues.

[8] OEDT (2000), Evaluation: a Key Tool for Improving Drug Prevention, Scientific Monograph Series n°5, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

La présente recommandation du Conseil est conforme à la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, adoptée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies de juin 1998, consacrée à la lutte conjointe contre la drogue au niveau mondial, ainsi qu'à la Déclaration politique sur la réduction des dommages, adoptée par le Groupe Pompidou lors de la Conférence ministérielle du Conseil de l'Europe en octobre 2000.

2002/0098 (CNS)

Proposition de RECOMMANDATION DU CONSEIL relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie

LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE,

Vu le traité instituant la Communauté européenne, et notamment son article 152, paragraphe 4, deuxième alinéa,

vu la proposition de la Commission [9],

[9] COM (2000) XXX final.

vu l'avis du Parlement européen [10],

[10] OJ C [...], [...], p. [...]

vu l'avis du Comité économique et social [11],

[11] OJ C [...], [...], p. [...]

vu l'avis du Comité des régions [12],

[12] OJ C [...], [...], p. [...]

considérant ce qui suit:

(1) en application de l'article 3, paragraphe 1, point p), du traité, l'action de la Communauté comporte une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé; le traité prévoit également une action en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention;

(2) le Conseil européen, réuni à Helsinki les 10 et 11 décembre 1999, a adopté la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004), qui couvre toutes les activités de l'Union européenne en matière de drogues et fixe des objectifs principaux; ces objectifs incluent une réduction significative, dans un délai de cinq ans, de la fréquence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose etc.) et du nombre de décès liés à la drogue;

(3) le Conseil européen, réuni à Santa Maria da Feira les 19 et 20 juin 2000, a approuvé le plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) [13], considéré comme un instrument majeur pour traduire la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) en actions concrètes permettant d'apporter une réponse intégrée, pluridisciplinaire et efficace au phénomène de la drogue;

[13] Doc. 9283/00 CORDROGUE 32 du Conseil de l'Union européenne.

(4) la Commission, dans sa communication au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions concernant un plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (2000-2004) [14], considère qu'une stratégie globale couvrant tous les aspects de la prévention de la toxicomanie, depuis la dissuasion d'un premier usage jusqu'à la réduction des effets néfastes de la drogue sur la santé et sur la société, constitue la meilleure réponse possible;

[14] COM (99) 239 final.

(5) le Parlement européen, dans sa résolution sur la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions

concernant un Plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (2000-2004) [15], approuve l'objectif de réduire le nombre de décès parmi les toxicomanes et invite l'UE et les États membres à encourager et à développer des programmes de réduction des dommages, sans interdire aux États membres l'adoption de mesures et d'expériences ad hoc dans ce domaine;

[15] Doc. n° A5-0063/1999 final.

(6) le programme d'action communautaire concernant la prévention de la toxicomanie, dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique [16] et le programme d'action communautaire concernant la prévention du sida et de certaines autres maladies transmissibles dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique [17] ont soutenu des projets visant à prévenir et à réduire les risques liés à la toxicomanie, en particulier en encourageant la coopération entre les États membres, en soutenant leur action et en promouvant une coordination entre leurs politiques et leurs programmes; ces deux programmes ont contribué à améliorer les actions d'information, d'éducation et de formation visant à prévenir la toxicomanie et les risques annexes, notamment pour les jeunes et les catégories de personnes particulièrement vulnérables;

[16] Décision 102/97/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1996 (JO L 19 du 22.1.1997, p. 25).

[17] Décision 647/96/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 décembre mars 1996 (JO L 95 du 6.4.1996, p. 16).

(7) la proposition, présentée par la Commission, de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2000-2006) [18] comprend l'élaboration de stratégies et de mesures de lutte contre la toxicomanie, considérée comme l'un des principaux déterminants de la santé liés au mode de vie;

[18] COM (2000) 285 final.

(8) les recherches ont montré que la morbidité et la mortalité liées à la toxicomanie affectent un nombre considérable de citoyens européens; c'est pourquoi les risques que la toxicomanie fait peser sur la santé constituent un problème majeur de santé publique [19],

[19] OEDT (2000), Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

(9) conformément au principe de subsidiarité, toute nouvelle mesure prise dans un domaine qui ne relève pas de la compétence exclusive de la Communauté, telle que la prévention et la réduction des risques liés à la toxicomanie, ne peut être adoptée par la Communauté que si, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, elle peut être mieux réalisée au niveau communautaire que par les États membres; la prévention et la réduction des risques liés à la toxicomanie ne peuvent être limitées à une région géographique ou à un État membre, l'action nécessite donc une coordination au niveau communautaire;

(10) des dispositions doivent être prises concernant l'élaboration de rapports, aux niveaux national et communautaire, pour suivre les mesures adoptées par les États membres dans ce domaine et les résultats obtenus, ainsi que sur la façon dont les présentes recommandations auront été mises en oeuvre,

RECOMMANDÉ AUX ÉTATS MEMBRES:

1. afin d'atteindre un haut niveau de protection de la santé, de faire de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques annexes un objectif en matière de santé publique.

2. afin de diminuer de façon significative la fréquence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose etc.) et le nombre de décès liés à la drogue, de prévoir, comme partie intégrante de leurs politiques globales de prévention et de traitement de la toxicomanie, un éventail d'interventions diverses, notamment en vue de réduire les risques et, par conséquent,

(1) de fournir des informations et des conseils aux toxicomanes, afin de favoriser la réduction des risques et de faciliter l'accès des toxicomanes aux services appropriés;

(2) d'informer les citoyens et les familles et de les associer à la prévention et à la réduction

des risques liés à la toxicomanie;

(3) d'inclure des méthodologies axées sur le travail de proximité dans les politiques nationales de lutte contre la drogue et de soutenir la formation en matière de travail de proximité ainsi que l'élaboration de normes et de méthodes de travail. Le travail de proximité est défini comme une activité menée au niveau local, visant à contacter des individus ou des groupes appartenant à des populations cibles spécifiques, que les structures existantes ou les vecteurs habituels d'éducation en matière de santé n'ont pas réussi à contacter ou à atteindre;

(4) d'encourager la participation de pairs et de volontaires au travail de proximité, y compris dans les situations d'urgence liées aux drogues;

(5) de promouvoir l'établissement de réseaux et la coopération entre les instances impliquées dans le travail de proximité, afin d'assurer la continuité des services et de faciliter l'accès aux utilisateurs;

(6) de fournir des traitements de substitution complets, appuyés par un soutien psychosocial approprié, en tenant compte du fait qu'un large éventail d'options différentes en matière de traitement, y compris la désintoxication, devrait être mis à la disposition des toxicomanes, en fonction de leurs besoins;

(7) de prendre des mesures pour empêcher le détournement de produits de substitution, tout en garantissant un accès approprié au traitement;

(8) de promouvoir la vaccination contre l'hépatite B de l'ensemble des usagers de drogue par voie intraveineuse;

(9) de garantir un accès approprié à la distribution de préservatifs, d'aiguilles et de seringues, ainsi qu'aux programmes et aux centres d'échange;

(10) de prévoir des services d'urgence pour traiter les surdoses;

(11) d'organiser l'intégration appropriée des soins médicaux et sociaux primaires et des stratégies spécialisées dans la réduction des risques;

(12) de soutenir la formation et l'accréditation de professionnels de la réduction des risques;

3. afin d'élaborer une évaluation pertinente destinée à accroître l'efficacité et l'efficience de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques pour la santé induits par les drogues:

(1) d'utiliser des preuves scientifiques d'efficacité comme base principale pour sélectionner les interventions adéquates;

(2) d'élaborer et de mettre en oeuvre des protocoles d'évaluation appropriés pour tous les programmes de prévention de la toxicomanie et de réduction des risques; de conditionner l'octroi de fonds publics, entre autres, à la planification et à la mise en oeuvre d'une évaluation adéquate;

(3) de soutenir l'inclusion d'évaluations des besoins dans la phase initiale de tout programme;

(4) d'élaborer et de mettre en oeuvre des critères d'évaluation de la qualité en s'appuyant, d'une part, sur les lignes directrices de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) pour l'évaluation de la prévention de la toxicomanie [20] et pour l'évaluation du travail de proximité [21] et, d'autre part, sur le questionnaire relatif à la base de données sur l'action de réduction de la demande de drogues (EDDRA) [22];

[20] OEDT (1998), Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention: a Manual for Programme-planners and evaluators, Manual Series n°1, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

[21] http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/responses/guidelines_outreach.pdf.

[22] <http://www.emcdda.org>.

(5) d'organiser la collecte et la diffusion normalisées d'informations sur les activités de proximité, les traitements de substitution, les programmes d'échange de seringues et les

services d'information et de conseil visant à réduire les risques induits par la toxicomanie et de transmettre ces informations à l'OEDT, conformément à ses lignes directrices et à ses orientations, notamment par l'intermédiaire des centres d'information nationaux du REITOX;

(6) d'utiliser avec profit les résultats des évaluations pour affiner et perfectionner les politiques de prévention de la toxicomanie;

(7) de mettre sur pied des programmes de formation en matière d'évaluation, à différents niveaux et pour différents publics;

(8) d'introduire des méthodes innovantes associant tous les acteurs et toutes les parties intéressées à l'évaluation, afin d'améliorer l'acceptation de celle-ci;

(9) d'encourager, en collaboration avec la Commission, l'échange des résultats des programmes, de compétences et d'expériences, au sein de l'UE et avec les pays candidats, notamment en soutenant la contribution de projets nationaux et européens à EDDRA et à d'autres bases de données de l'OEDT,

INVITE LA COMMISSION:

à coopérer avec le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, l'Organisation mondiale de la santé, le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues et d'autres organisations internationales compétentes travaillant dans ce domaine;

à élaborer un rapport, conformément au Plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) et avec le soutien technique de l'OEDT, en vue de réviser et d'actualiser la présente recommandation, sur la base des informations soumises par les États membres à la Commission et à l'OEDT, ainsi que des données et avis scientifiques les plus récents.

Fait à Bruxelles, le

Par le Conseil

Le Président

Haut

Géré par l'Office des publications



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le 08.05.2002
COM(2002) 201 final

2002/0098 (CNS)

Proposition de

RECOMMANDATION DU CONSEIL

relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie

(présentée par la Commission)

PROPOSITION DE RECOMMANDATION DU CONSEIL RELATIVE À LA PRÉVENTION ET À LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS A LA TOXICOMANIE

MEMORANDUM Á L'ATTENTION DE M. BYRNE.

Cette proposition de recommandation du Conseil est basée sur l'article 152 et réfère explicitement à l'obligation qui est faite à la Communauté de compléter les actions entreprises par les Etats Membres pour réduire l'impact sur la santé des drogues.

Cette proposition, vise à remplir l'objectif établi par le document sur la stratégie anti-drogues de l'Union Européenne (2000-2004). Cette stratégie vise à diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé ainsi que le nombre des décès liés à l'usage de substances stupéfiantes, utilisant pour se faire des mesures de réduction des risques qui ont démontré leur efficacité dans ce domaine.

La présente proposition inclue des mesures d'information, de conseil, et de développement des services d'urgences, de méthodologies de travail en réseau des différents partenaires visant à une meilleure intégration entre les services sociaux et les services de santé. Ces mesures renforceront également le développement de méthodes de formation et d'accréditation des professionnels de santé dans ce domaine. Une attention toute particulière est portée dans cette recommandation du Conseil sur la prévention des risques infectieux liés à l'usage de drogues.

D'autre part, dans ce projet de recommandation du Conseil les Etats Membres sont invités à accroître l'efficacité de leurs efforts en matière de prévention de la toxicomanie et de prévention des risques pour la santé liés à l'usage de substances psychotropes. Ces mesures incluent l'usage de données appropriées et d'évidence scientifique, une évaluation plus pertinents des besoins, l'établissement de critères de qualité et le développement de mesures et de programmes de formation de différents niveaux et pour différents publics. Enfin, une attention toute particulière est portée à l'échange d'information au sein de l'Union Européenne qui doit être développée.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans sa communication au Conseil et au Parlement européen sur la mise en œuvre du Plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004), la Commission a annoncé la préparation d'une proposition de recommandation du Conseil sur la prévention et la réduction des risques liés à la toxicomanie¹.

La Stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004), approuvée par le Conseil européen réuni en décembre 1999, comprend trois objectifs principaux en matière de santé publique:

- diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la prévalence de la consommation des drogues illicites ainsi que le recrutement de nouveaux consommateurs, particulièrement chez les jeunes de moins de 18 ans;
- diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose, etc.) et le nombre de décès liés à la drogue;
- augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès.

La présente recommandation du Conseil, fondée sur l'article 152 du traité, a pour objectif principal de contribuer à la réalisation du deuxième objectif en matière de santé publique par les États membres.

La situation et les tendances en matière d'usage de drogues et d'effets nocifs des drogues sur la santé ont été décrites dans les rapports annuels de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)². L'usage de drogues illicites est plus fréquent chez les jeunes adultes, avec un taux de consommation atteignant le double de celui de l'ensemble de la population, voire plus. Le cannabis est la drogue illicite la plus largement consommée. Les amphétamines et l'ecstasy arrivent en deuxième position, suivies par la cocaïne en troisième position, avec un niveau de consommation en hausse, et par l'héroïne, dont la consommation reste faible et assez stable. La prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse est relativement stable, même si la prévalence des infections à l'hépatite C reste élevée³.

Des mesures de réduction des risques ont permis de diminuer le nombre de décès et d'atteintes graves à la santé liés aux drogues⁴. La réduction des risques inclut l'échange de seringues et d'autres mesures d'hygiène en rapport avec l'injection de drogues, le recours à des traitements de substitution⁵, des services à bas seuil, des informations et des conseils sur la consommation de drogues et les pratiques sexuelles à moindre risque, ainsi qu'un travail de proximité⁶.

¹ COM (2001) 301 final.

² Selon les informations fournies par l'OEDT.

³ Selon les informations fournies par l'OEDT.

⁴ Selon les informations fournies par l'OEDT.

⁵ OEDT (2000), *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union*, Insight Series n°3, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

⁶ OEDT (1999), *Outreach Work among Drug Users in Europe: Concepts, Practice and Terminology*, Insights Series n°2, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

L'ampleur de la réponse des différents États membres en matière de réduction des risques varie considérablement d'un pays à l'autre. Les États membres qui disposent de peu de mesures de réduction des risques sont susceptibles de connaître une recrudescence de la transmission du VIH et des hépatites B et C⁷.

L'évaluation constitue un instrument essentiel pour améliorer la prévention de la toxicomanie et réduire les risques liés à celle-ci⁸. La stratégie antidrogue de l'Union européenne consacre un chapitre entier à l'évaluation. Par ailleurs, les politiques communautaires et nationales pourraient contribuer à des progrès significatifs en la matière. La présente recommandation du Conseil soutiendra également l'élaboration de stratégies d'évaluation fondées sur des données probantes, afin d'améliorer l'efficacité de la prévention de la toxicomanie et la réduction des risques pour la santé induits par la consommation de drogues.

La présente recommandation du Conseil est conforme à la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, adoptée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies de juin 1998, consacrée à la lutte conjointe contre la drogue au niveau mondial, ainsi qu'à la Déclaration politique sur la réduction des dommages, adoptée par le Groupe Pompidou lors de la Conférence ministérielle du Conseil de l'Europe en octobre 2000.

⁷ OEDT (2001), *Estimating Coverage of Harm Reduction Measures for Injection Drug Users in the European Union* (projet de document), OEDT.

⁸ OEDT (2000), *Evaluation: a Key Tool for Improving Drug Prevention*, Scientific Monograph Series n°5, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

Proposition de

RECOMMANDATION DU CONSEIL

relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie

LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE,

Vu le traité instituant la Communauté européenne, et notamment son article 152, paragraphe 4, deuxième alinéa,

vu la proposition de la Commission⁹,

vu l'avis du Parlement européen¹⁰,

vu l'avis du Comité économique et social¹¹,

vu l'avis du Comité des régions¹²,

considérant ce qui suit:

- (1) en application de l'article 3, paragraphe 1, point p), du traité, l'action de la Communauté comporte une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé; le traité prévoit également une action en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention;
- (2) le Conseil européen, réuni à Helsinki les 10 et 11 décembre 1999, a adopté la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004), qui couvre toutes les activités de l'Union européenne en matière de drogues et fixe des objectifs principaux; ces objectifs incluent une réduction significative, dans un délai de cinq ans, de la fréquence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose etc.) et du nombre de décès liés à la drogue;
- (3) le Conseil européen, réuni à Santa Maria da Feira les 19 et 20 juin 2000, a approuvé le plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-2004)¹³, considéré comme un instrument majeur pour traduire la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) en actions concrètes permettant d'apporter une réponse intégrée, pluridisciplinaire et efficace au phénomène de la drogue;
- (4) la Commission, dans sa communication au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions concernant un plan d'action de l'Union

⁹ COM (2000) XXX final.

¹⁰ OJ C [...], [...], p. [...]

¹¹ OJ C [...], [...], p. [...]

¹² OJ C [...], [...], p. [...]

¹³ Doc. 9283/00 CORDROGUE 32 du Conseil de l'Union européenne.

européenne en matière de lutte contre la drogue (2000-2004)¹⁴, considère qu'une stratégie globale couvrant tous les aspects de la prévention de la toxicomanie, depuis la dissuasion d'un premier usage jusqu'à la réduction des effets néfastes de la drogue sur la santé et sur la société, constitue la meilleure réponse possible;

- (5) le Parlement européen, dans sa résolution sur la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions concernant un Plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (2000-2004)¹⁵, approuve l'objectif de réduire le nombre de décès parmi les toxicomanes et invite l'UE et les États membres à encourager et à développer des programmes de réduction des dommages, sans interdire aux États membres l'adoption de mesures et d'expériences ad hoc dans ce domaine;
- (6) le programme d'action communautaire concernant la prévention de la toxicomanie, dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique¹⁶ et le programme d'action communautaire concernant la prévention du sida et de certaines autres maladies transmissibles dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique¹⁷ ont soutenu des projets visant à prévenir et à réduire les risques liés à la toxicomanie, en particulier en encourageant la coopération entre les États membres, en soutenant leur action et en promouvant une coordination entre leurs politiques et leurs programmes; ces deux programmes ont contribué à améliorer les actions d'information, d'éducation et de formation visant à prévenir la toxicomanie et les risques annexes, notamment pour les jeunes et les catégories de personnes particulièrement vulnérables;
- (7) la proposition, présentée par la Commission, de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2000-2006)¹⁸ comprend l'élaboration de stratégies et de mesures de lutte contre la toxicomanie, considérée comme l'un des principaux déterminants de la santé liés au mode de vie;
- (8) les recherches ont montré que la morbidité et la mortalité liées à la toxicomanie affectent un nombre considérable de citoyens européens; c'est pourquoi les risques que la toxicomanie fait peser sur la santé constituent un problème majeur de santé publique¹⁹,
- (9) conformément au principe de subsidiarité, toute nouvelle mesure prise dans un domaine qui ne relève pas de la compétence exclusive de la Communauté, telle que la prévention et la réduction des risques liés à la toxicomanie, ne peut être adoptée par la Communauté que si, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, elle peut être mieux réalisée au niveau communautaire que par les États membres; la prévention et la réduction des risques liés à la toxicomanie ne peuvent être limitées à

¹⁴ COM (99) 239 final.

¹⁵ Doc. n° A5-0063/1999 final.

¹⁶ Décision 102/97/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1996 (JO L 19 du 22.1.1997, p. 25).

¹⁷ Décision 647/96/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 décembre mars 1996 (JO L 95 du 6.4.1996, p. 16).

¹⁸ COM (2000) 285 final.

¹⁹ OEDT (2000), *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

une région géographique ou à un État membre, l'action nécessite donc une coordination au niveau communautaire;

- (10) des dispositions doivent être prises concernant l'élaboration de rapports, aux niveaux national et communautaire, pour suivre les mesures adoptées par les États membres dans ce domaine et les résultats obtenus, ainsi que sur la façon dont les présentes recommandations auront été mises en œuvre,

RECOMMANDÉ AUX ÉTATS MEMBRES:

1. afin d'atteindre un haut niveau de protection de la santé, de faire de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques annexes un objectif en matière de santé publique.
2. afin de diminuer de façon significative la fréquence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose etc.) et le nombre de décès liés à la drogue, de prévoir, comme partie intégrante de leurs politiques globales de prévention et de traitement de la toxicomanie, un éventail d'interventions diverses, notamment en vue de réduire les risques et, par conséquent,
 - (1) de fournir des informations et des conseils aux toxicomanes, afin de favoriser la réduction des risques et de faciliter l'accès des toxicomanes aux services appropriés;
 - (2) d'informer les citoyens et les familles et de les associer à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie;
 - (3) d'inclure des méthodologies axées sur le travail de proximité dans les politiques nationales de lutte contre la drogue et de soutenir la formation en matière de travail de proximité ainsi que l'élaboration de normes et de méthodes de travail. Le travail de proximité est défini comme une activité menée au niveau local, visant à contacter des individus ou des groupes appartenant à des populations cibles spécifiques, que les structures existantes ou les vecteurs habituels d'éducation en matière de santé n'ont pas réussi à contacter ou à atteindre;
 - (4) d'encourager la participation de pairs et de volontaires au travail de proximité, y compris dans les situations d'urgence liées aux drogues;
 - (5) de promouvoir l'établissement de réseaux et la coopération entre les instances impliquées dans le travail de proximité, afin d'assurer la continuité des services et de faciliter l'accès aux utilisateurs;
 - (6) de fournir des traitements de substitution complets, appuyés par un soutien psychosocial approprié, en tenant compte du fait qu'un large éventail d'options différentes en matière de traitement, y compris la désintoxication, devrait être mis à la disposition des toxicomanes, en fonction de leurs besoins;
 - (7) de prendre des mesures pour empêcher le détournement de produits de substitution, tout en garantissant un accès approprié au traitement;

- (8) de promouvoir la vaccination contre l'hépatite B de l'ensemble des usagers de drogue par voie intraveineuse;
 - (9) de garantir un accès approprié à la distribution de préservatifs, d'aiguilles et de seringues, ainsi qu'aux programmes et aux centres d'échange;
 - (10) de prévoir des services d'urgence pour traiter les surdoses;
 - (11) d'organiser l'intégration appropriée des soins médicaux et sociaux primaires et des stratégies spécialisées dans la réduction des risques;
 - (12) de soutenir la formation et l'accréditation de professionnels de la réduction des risques;
3. afin d'élaborer une évaluation pertinente destinée à accroître l'efficacité et l'efficience de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques pour la santé induits par les drogues:
- (1) d'utiliser des preuves scientifiques d'efficacité comme base principale pour sélectionner les interventions adéquates;
 - (2) d'élaborer et de mettre en œuvre des protocoles d'évaluation appropriés pour tous les programmes de prévention de la toxicomanie et de réduction des risques; de conditionner l'octroi de fonds publics, entre autres, à la planification et à la mise en œuvre d'une évaluation adéquate;
 - (3) de soutenir l'inclusion d'évaluations des besoins dans la phase initiale de tout programme;
 - (4) d'élaborer et de mettre en œuvre des critères d'évaluation de la qualité en s'appuyant, d'une part, sur les lignes directrices de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) pour l'évaluation de la prévention de la toxicomanie²⁰ et pour l'évaluation du travail de proximité²¹ et, d'autre part, sur le questionnaire relatif à la base de données sur l'action de réduction de la demande de drogues (EDDRA)²²;
 - (5) d'organiser la collecte et la diffusion normalisées d'informations sur les activités de proximité, les traitements de substitution, les programmes d'échange de seringues et les services d'information et de conseil visant à réduire les risques induits par la toxicomanie et de transmettre ces informations à l'OEDT, conformément à ses lignes directrices et à ses orientations, notamment par l'intermédiaire des centres d'information nationaux du REITOX;
 - (6) d'utiliser avec profit les résultats des évaluations pour affiner et perfectionner les politiques de prévention de la toxicomanie;

²⁰ OEDT (1998), *Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention: a Manual for Programme-planners and evaluators*, Manual Series n°1, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

²¹ http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/responses/guidelines_outreach.pdf.

²² <http://www.emcdda.org>.

- (7) de mettre sur pied des programmes de formation en matière d'évaluation, à différents niveaux et pour différents publics;
- (8) d'introduire des méthodes innovantes associant tous les acteurs et toutes les parties intéressées à l'évaluation, afin d'améliorer l'acceptation de celle-ci;
- (9) d'encourager, en collaboration avec la Commission, l'échange des résultats des programmes, de compétences et d'expériences, au sein de l'UE et avec les pays candidats, notamment en soutenant la contribution de projets nationaux et européens à EDDRA et à d'autres bases de données de l'OEDT,

INVITE LA COMMISSION:

à coopérer avec le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, l'Organisation mondiale de la santé, le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues et d'autres organisations internationales compétentes travaillant dans ce domaine;

à élaborer un rapport, conformément au Plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) et avec le soutien technique de l'OEDT, en vue de réviser et d'actualiser la présente recommandation, sur la base des informations soumises par les États membres à la Commission et à l'OEDT, ainsi que des données et avis scientifiques les plus récents.

Fait à Bruxelles, le

*Par le Conseil
Le Président*

Réduire les risques signifie offrir des soins médicaux, notamment pour prévenir le sida et l'hépatite, ou des traitements de substitution, ainsi que des locaux où les toxicomanes peuvent s'injecter de la drogue dans de bonnes conditions d'hygiène. Cela signifie également offrir un emploi, un logement et des possibilités d'aménager la vie quotidienne et les loisirs.

Objectifs

Au milieu des années 80, on s'est aperçu que les aides proposées n'atteignaient qu'une petite partie des toxicomanes, à savoir ceux qui étaient motivés à franchir le pas de l'abstinence.

C'est l'époque des «scènes ouvertes» de la drogue. Nombre de consommateurs de drogue vivaient dans des conditions physiques, psychiques et sociales déplorables, et le virus du sida se propageait dans des proportions inquiétantes. C'est aussi à cette époque que le nombre de décès par overdose battait tous les records.

A cette époque sont créées les premières institutions dites «à bas seuil», d'aide à la survie dans le but de réduire les risques.

Il s'agit d'institutions auxquelles les toxicomanes ont accès sans conditions particulières.

Pour une partie des toxicomanes, notamment les jeunes, la dépendance représente une phase douloureuse de leur existence. Pour d'autres, par contre, il s'agit d'une maladie dont la guérison peut nécessiter un traitement de longue durée. C'est pourquoi l'abstinence n'est pas l'objectif immédiat de la réduction des risques. Elle vise bien davantage à faire en sorte que le toxicomane subisse le moins de séquelles possible (physiques, psychiques et sociales) et à lui permettre de reprendre une existence normale. Il s'agit en outre de préserver ses chances de sortir de la drogue, voire de les augmenter.



TROISIÈME PILIER: LA RÉDUCTION DES RISQUES

Préserver et promouvoir la santé

Par définition, toute action dans le domaine des dépendances vise la réintégration sociale du toxicomane. Pour parvenir à ce but, il y a lieu de préserver et de promouvoir sa santé physique et d'améliorer ses conditions vie en lui offrant des possibilités d'emploi, de formation et de logement.

Le danger pour la santé du toxicomane est d'abord lié aux effets directs de la substance consommée: surdose ou effets secondaires occasionnés par les substances de coupage, mais aussi à ses conditions de vie telles que l'alimentation insuffisante, le manque d'hygiène, la clochardisation et le risque élevé de contracter le virus du sida.

Offres à bas seuil

Les premières institutions à bas seuil qui ont été créées offraient d'abord un toit au toxicomane pour lui permettre de se distancer quelque peu de la fébrilité de la rue. Elles étaient souvent équipées d'une cafétéria, invitation à entrer, et le toxicomane pouvait aussi se doucher, laver son linge et trouver un interlocuteur pour dialoguer.

L'OFSP a soutenu de nombreux projets de réduction des risques dans le cadre du programme de mesures:

- distribution de seringues aux toxicomanes
- distribution de seringues en milieu carcéral
- locaux d'injection
- offres d'emploi et de logement
- offres à l'attention des femmes qui se prostituent pour se procurer de la drogue
- services de consultation pour les enfants de parents toxicomanes.

Depuis 1991, les cantons, les communes et des institutions privées ont également mis sur pied de telles formes d'aide.

Offres dans le domaine médical

La distribution de seringues ou la possibilité de s'en procurer ont été nettement améliorées en Suisse au cours des dernières années. Des seringues sont disponibles dans toutes les pharmacies du pays et, depuis les années 80, également auprès des antennes de proximité et des travailleurs de rue, et dans des distributeurs automatiques. Le nombre de contaminations par le VIH parmi la population des toxicomanes a reculé, une évolution à laquelle une vaste

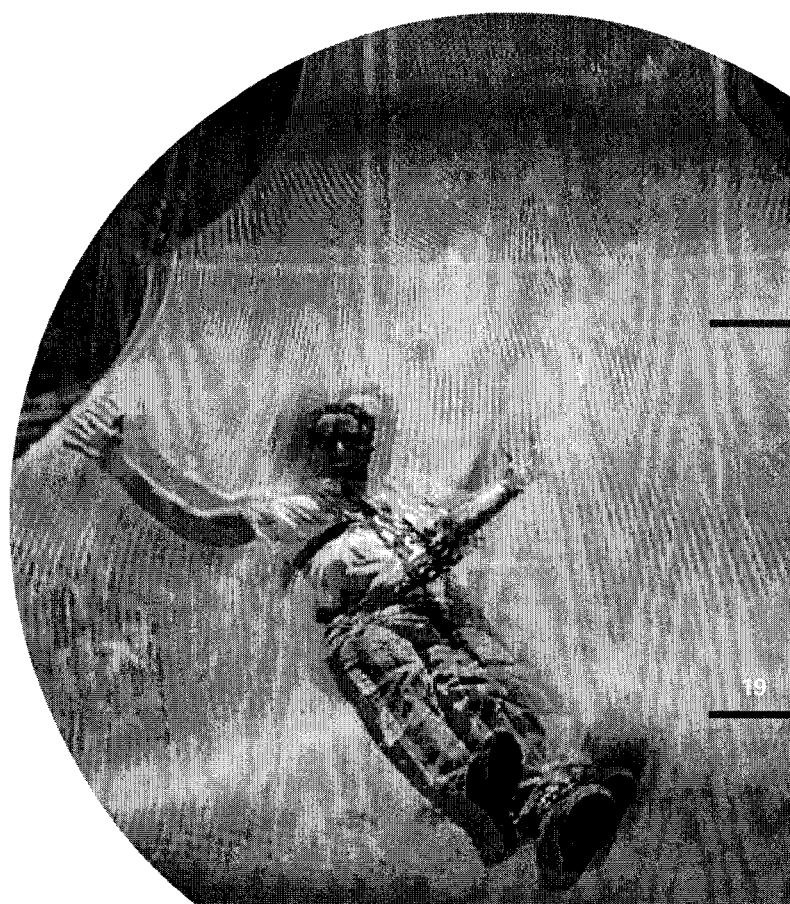
campagne de sensibilisation a également contribué. Autre effet positif, le partage de seringues usagées entre toxicomanes a massivement diminué. Un effort particulier devra être fait à l'avenir pour prévenir la propagation de l'hépatite parmi les consommateurs de drogue car on ne connaît pas encore toutes les voies de transmission de cette maladie. Il faudra donc poursuivre les recherches et continuer d'informer.

Prise en charge sociale

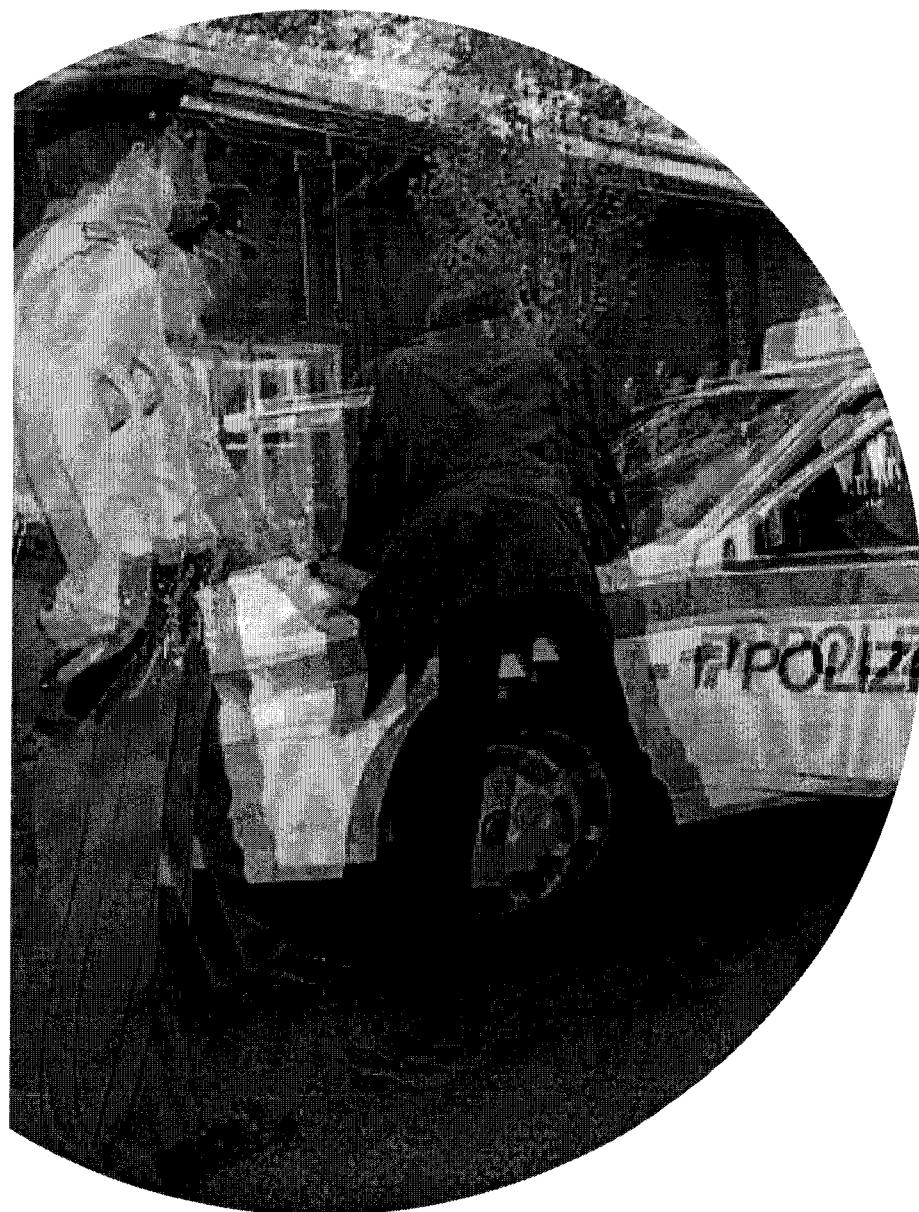
En vue de promouvoir la réduction des risques, l'OFSP a créé, en automne 1995, un service central chargé de soutenir de manière ciblée des institutions d'aide sociale, notamment celles à bas seuil, principalement dans le domaine de l'emploi et du logement, et des structures d'accueil de jour. Ce service conseille les cantons, les communes et les institutions privées en matière de planification et de financement. Il accorde aussi des aides financières au démarrage de projets et, si nécessaire, il suscite la création de nouvelles offres en collaboration avec les cantons et les communes.

Acceptation et droit

Il arrive fréquemment que pour financer leur consommation les toxicomanes commettent des actes délictueux, par exemple du petit trafic de drogue ou autres délits. Ce comportement contribue à dégrader leur situation sociale et constitue une nuisance pour la communauté. Si les mesures de réduction des risques sont généralement bien acceptées par la population, il n'en demeure pas moins qu'elles suscitent régulièrement, dans un premier temps tout au moins, des critiques de la part des voisins des services d'aide. Or, les réactions de la population peuvent mettre en péril les projets en cours ou en tout cas les retarder. C'est pourquoi il est important d'informer la population concernée de manière objective. Quant aux aspects juridiques, il y a lieu d'examiner chaque cas en particulier. C'est ainsi par exemple qu'en Suisse un avis de droit a établi la légalité des locaux d'injection.



QUATRIÈME PILIER: LA RÉPRESSION



Objectifs

En matière de drogue, la répression vise principalement à réduire l'offre, à lutter contre le trafic et les opérations financières illégales auxquelles celui-ci donne lieu, et à lutter contre le crime organisé. Aussi, depuis des années, la police ne traque-t-elle plus en priorité les consommateurs, mais les producteurs, les passeurs et les trafiquants.

Domaines d'intervention

La répression agit sur le début et la fin de la «chaîne de la drogue»: la drogue coûte cher et elle peut rapporter des gains exorbitants. Pour fabriquer de la drogue, il faut des substances chimiques et l'argent du trafic doit être «blanchi» avant d'être réintroduit dans le circuit économique. Un contrôle rigoureux des précurseurs chimiques de la drogue et une lutte sans merci contre le blanchiment d'argent constituent donc les principaux axes de la lutte contre le crime organisé dans le domaine des stupéfiants.

Si l'application de la loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) relève en principe de la compétence des cantons, la Confédération exerce la haute surveillance et, à ce titre, elle peut ordonner et mener ses propres enquêtes policières en matière de trafic de drogue. Elle a également pour tâche de seconder les cantons dans leur tâche et elle assume une fonction de coordination. Le système de traitement des données en matière de lutte contre le trafic illicite des stupéfiants – DOSIS – et le système de traitement des données en matière de lutte contre le crime organisé – ISOK – constituent pour les cantons de précieux instruments de lutte contre le trafic de drogue en gros et le crime organisé.

FORMATIONS / ACTIVITES ▲

Ateliers de la prévention

Drogues 2000

Post-graduat en éducation familiale et relationnelle

GESTION DES DROGUES EN 2000

THEMES

LE PAYSAGE INSTITUTIONNEL BELGE EN MATERIE DE POLITIQUE DES DROGUES

Les circuits des soins
Le coût de la politique des drogues
La collaboration entre les niveaux local et supra-local
La collaboration entre Justice et secteur de l'assistance
La problématique du case-management

LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La vision de la Justice et des autorités locales
La vision des usagers
Les liens avec la prévention, l'assistance et l'abstinence
Développements récents : échanges de seringues, thérapies de substitution, drogues de synthèse, .

DRUGBELEID IN 2000

THEMA'S

HET BELGISCH INSTITUTIONNEEL BESTEL OP

HET DRUGBELEID

De zorgcircuits De kostprijs van het drugbeleid
De samenwerking tussen het lokale en het bovenlokale niveau
De samenwerking tussen Justitie en hulpverlening : interventions naar minderjarigen en vroegdetectie ; de problematiek van case-management

HARM REDUCTION

De visie van Justitie en lokale overheden
De visie van druggebruikers
Linken met preventie, hulpverlening en abstinentie
Recente ontwikkelingen : spuitenruil, substitutitherapië, synthetische drugs

DROGENPOLITIK 2000

THEMEN

DIE INSTITUTIONELLE LANDSCHAFT DER BELGISCHEN DROGENPOLITIK

Die Versorgungswege
Kosten der Drogenpolitik
Die Zusammenarbeit auf lokaler und überlokaler Ebene
Die Zusammenarbeit von Justiz und Fürsorge
Die Problematik des " Case Managements "

DIE RISIKO-UND SCHADENSVERMINDERUNG

Die Ansicht der Justiz und der lokalen Behörden
Die Ansicht der Benutzer
Die Zusammenhänge zwischen Vorsorge, Fürsorge und Abstinenz
Neue Entwicklungen : Spritzenaustausch, Ersatztherapien, synthetische Drogen...

ORGANISATION ▲

Hôtel de ville/Stadhuis/Rathaus, 6000 CHARLEROI

Centre interuniversitaire de formation permanente et ville de Charleroi

**ACCOMPAGNEMENT SCIENTIFIQUE / WETENSCHAPPELIKE BEGELEIDING /
WISSENSCHAFTLICHE UNTERSTÜTZUNG**

DRUGBELEID 2000 VZW

**PATRONAGE ET SOUTIEN / PATRONAGE EN STEUN / SCHIRMHERRSCHAFT UND
UNTERSTÜTZUNG**

Ministère de l'Intérieur - Ministerie van Binnenlandse Zaken - Innenministerium
Ministère de la Justice - Ministerie van Justitie - Justizministerium
Ministère de la Politique Scientifique - Ministerie van Wetenschapsbeleid - Ministerium für
Wissenschaftspolitik
Ministère des Affaires Sociales - Ministerie van Wetenschapsbeleid - Ministerium für Wissenschaftspolitik
Vlaamse Gemeenschap
Communauté française Wallonie-Bruxelles
Région Wallonne
Région de Bruxelles Capitale
Deutschsprachigen Gemeinschaft
Province de Hainaut

TRADUCTION SIMULTANEE NEERLANDAIS-FRANÇAIS / SIMULTAANVERTALING FRANS-NEDERLANDS

PROGRAMMES ▲

**MERCREDI 19 FEVRIER
2003**

**WOENSDAG 19 FEBRUARI
2003**

**MITTWOCH 19. FEBRUAR
2003**

08.30 Accueil - Onthaal - Empfang

Bienvenue/Ouverture - Verwelkoming/Opening - Willkommen zur Eröffnung

09.15 *Jacques VAN GOMPEL*, Bourgmestre de Charleroi
Gert VERMEULEN, Docent Strafrecht Universiteit Gent, IRCP, Vice-Voorzitter van Drugbeleid
2000 v.z.w.

**Etat des lieux de la mise en ouvre de la Note fédérale Drogue et développement de la
politique fédérale en matière de drogue - Stand van zaken van de uitvoering van de
Federale Drugnota en ontwikkeling van het federale drugsbeleid - Lage des Einsatzes der
föderlen Drogennote und Entwicklung der föderalen Drogenpolitik**
Jef TAVERNIER, Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu - Ministre
de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

10.05 **La nouvelle législation Drogue et la collaboration entre secteurs de la Justice et de
l'assistance - De nieuwe drugwetgeving en de samenwerking tussen Justitie en
hulpverlening - Das neue Drogengesetz und die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren
Justiz und Fürsorge.**

Marc VERWILGHEN, Minister van Justitie - Ministre de la Justice

10.25 Pause-café - Koffiepauze - Kaffeepause

10.45 Ateliers - Werkgroepen - Arbeitskreise

1. **" Circuits de soins " et " Le coût de la politique de la drogue " - " Zorgcircuits " en "
De kostprijs van het drugbeleid " - " Versorgungswege " und " Kosten der
Drogenpolitik "**

Présidentes - Voorzitsters - Vorsitzenders : *Freya VAN DER LAENEN*, Universiteit Gent,
Vakgroep Strafrecht en Criminologie, IRCP (a.m.),
Lieve VAN DAELE, Federaal wetenschapsbeleid (p.m.)

- Professeur *Isidore PELC*, Université Libre de Bruxelles, Lab. De psycho. Méd., CHU Brugmann
- *Wouter VANDERPLASSCHEN*, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek
- *Kim GEENENS*, Universiteit Gent, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, IRCP
- Professeur *Pierre KOPP*, Université Panthéon-Sorbonne

2. **La collaboration entre les niveaux local et supralocal - De samenwerking tussen
lokale en bovenlokale niveau - Zusammenarbeit auf lokaler überlokaler Ebene**

Président - Voorzitter - Vorsitzender : *Benoit DE CLERCK*, Coordinateur Drogue, Ville de Charleroi

Modérateur - Moderator : *T. COCHEZ*, Journalist De Morgen
Panel consacré à la cohérence et à l'adéquation des politiques Drogue avec :

- *Christian DECOSTER*, Adviseur Minister J. TAVERNIER
- *Dominique DELHAUTEUR*, Conseiller de J.C. VAN CAUWENBERGHE, Ministre-Président de la Région Wallonne
- *Philippe DESAEGHER*, Drugscoordinator, Gent
- *Henry DINEUR*, Echevin, Saint Gilles
- *Thierry MARCHAND/SE*, Procureur du Roi, Charleroi
- *Olivier MARIAGE*, Conseiller, Cabinet de Thierry DETIENNE, Ministre du Gouvernement wallon chargé des Affaires sociales et de la Santé
- *Sophie NEUFORGE*, Coordinatrice Drogue, Liège
- *Yves VAN DE VLOET*, Secrétaire Permanent Politique de Prévention, VSPP, Ministère de l'Intérieur - Ministerie van Binnenlandse Zaken

3. **La collaboration entre Justice et assistance : interventions à destination des mineurs et détection précoce - De samenwerking tussen Justitie en hulpverlening : interventies naar minderjarigen toe en vroegdetectie - Zusammenarbeit zwischen den Sektoren Justiz und Fürsorge : Eingriff in Bezug auf Minderjährige und Früherkennung**

Président - Voorzitter - Vorsitzender : *Johan MAERTENS*, Algemeen Directeur, De Sleutel
Modérateur - Moderator : *Koen DHOORE*, Directeur Zorgverlening, De Sleutel

- *Georges van der STRATEN*, Directeur Trampoline
- *Erik BERX*, Kabinet Mieke VOGELS, Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, Vlaamse Gemeenschap
- *Jan DERIDDER*, Coördinator Integrale Jeugdhulp, Antwerpen
- *Dirk VANDEVELDE*, Directeur De Kiem, Voorzitter VVBV
- *Alain LESCRENIER*, Attaché, Cabinet du Ministre de la Justice

4. **La collaboration entre Justice et assistance : la problématique du case-management - De samenwerking tussen Justitie en hulpverlening: de problematiek van case-management - Die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren Justiz und Fürsorge : Problematik des Case-Managements**

Président - Voorzitter - Vorsitzender : *Marcel VANHEX*, Directeur CAD Limburg

- *Benjamin ZAJTMANN*, Adviseur, Kabinet van de Minister van Justitie
- *Philippe BOLLETTE*, Clips Liège, FEDITO
- *Jean Bernard CAMBIER*, Premier Substitut du Procureur du Roi, Tournai

12.30 **Déjeuner - Lunch - Mittagessen**

14.00 **Suite des Ateliers - Vervolg van de werkgroepen - Fortsetzung der Arbeitskreise**

16.30 **Rapport des ateliers en assemblée plénière - Rapportage van de werkgroepen in plenaire sessie - Vortrag der Berichte aus den Arbeitskreisen im Plenum**

- *Freya VAN DER LAENEN*, Universiteit Gent, IRCP
- *Karl VAN CAUWENBERGHE*, Onderzoeksrechter, Antwerpen
- *Dirk DOBBELAERE*, Dagcentrum De Sleutel, Brugge
- *Charles DE WINTER*, Police Fédérale - Federale Politie

17.10 **Clôture - Coda - Schlußwort**

JEUDI 20 FEVRIER
2003

DONDERDAG 20 FEBRUARI
2003

DONNERSTAG 20. FEBRUAR
2003

08.30 Accueil - Onthaal - Empfang

09.15 **Bienvenue/Ouverture - Verwelkoming/Opening - Willkommen zur Eröffnung**

Thierry MARCHANDISE, Procureur du Roi de Charleroi

09.30 **L'évolution du concept " réduction des risques et dommages " - De evolutie van het begrip " harm reduction " - Die Entwicklung des Konzepts : Risiko-und Schadensverminderung**

Dr Jean-Pierre JACQUES, Directeur LAMA, Bruxelles

Evaluatie van het experiment heroïneverstrekking in Nederland

Wim VAN DEN BRINK, Hoogleraar, Universiteit van Amsterdam

10.10 **Pause-café - Koffiepauze - Kaffeepause**

10.30 **Ateliers - Werkgroepen - Arbeitskreise**

5. La vision de la Justice et des autorités locales sur la réduction des risques et des dommages - De visie van Justitie en lokale overheden op harm reduction - Die Ansicht der Justiz und der Behörden über die Risiko-und Schadensverminderung

Président - Voorzitter - Vorsitzender : André LEMAITRE, Professeur Université de Liège

- *Françoise BOXHO*, Premier Substitut du Procureur du Roi, Liège
- *Sven TODTS*, Drugcoordinator, Bestuur Strafinrichtingen
- *Benoît DE CLERCK*, Coordinateur Drogue, Ville de Charleroi
- *Annemie VAN CAUWENBERGHE*, SODA, Antwerpen
- *Rob PERRIENS*, Voorzitter V.I. Commissie, Antwerpen

6. La vision des usagers de drogues sur la réduction des risques et des dommages - De visie van druggebruikers op harm reduction - Die Ansicht der Drogenbenutzer über die Risiko-und Schadensverminderung

Président - Voorzitter - Vorsitzender : Marie-Paule GIOT, Centre Santé Mentale, CPAS de Charleroi

- *Joël VAN LIERDE*, Modus Vivendi, Bruxelles
- *Tessa WINDELINCKX*, Coordinatie Spruitenruil, Antwerpen
- *Tony VAN MONTFOORT*, DE BAD, Antwerpen
- *Fanny*, Jobiste

7. Les liens entre réduction des risques et des dommages d'une part, prévention, assistance et abstinence d'autre part - De linken tussen harm reduction enerzijds, preventie, hulpverlening en abstinentie anderzijds - Die Zusammenhänge zwischen Risiko-und Schadensverminderung einerseits und Vorsorge, Hilfestellung und Abstinenz andererseits

Présidents - Voorzitters - Vorsitzenders : Ruud BRUGGEMAN, asbl TREMPOLINE Châtelet (a.m.),

Marijs GEIRNAERT, VAD Vlaamse Gemeenschap (p.m.)

- *Ariste WOUTERS*, La Teignouse asbl
- *Wouter DEVRIENDT*, VAD
- *Dominique DAVID*, Service de Prévention, Mons
- *Alfred NOIRFALISE*, Professeur, Université de Liège
- *Alphonse FRANSSEN*, De Sleutel
- *Tony GUZMAN*, MASS DIAPASON, Charleroi

8. Développements récents en matière de réduction des risques et des dommages : échange de seringues, thérapies de substitution, drogues de synthèse - Stand van zaken op het vlak van spuitenruil, substitutietherapiën, synthetische drugs - Neue Entwicklungen in Bezug auf Risiko-und Schadensverminderung, Spritzenaustausch, Ersatztherapien, synthetische Drogen

Président - Voorzitter - Vorsitzender : Paul VAN DEUN, Klinisch Directeur DE SPIEGEL, Lovenjoel

- *Willy DE MAERE*, Free Clinic, Antwerpen
- *Laurence PRZYLUCKI*, Comptoir Echange Seringues, Charleroi
- *Jean REGGERS*, Chercheur, Université de Liège
- *Jan VAN BOUCHAUTE*, MSOC, Gent
- *Serge BECHET*, MASS Bruxelles, CHU St Pierre

- *Catherine VAN HUYCK*, Modus Vivendi, Bruxelles
- *Tom EVENEPOEL*, Druglijn VAD, Brussel

12.30 Déjeuner - Lunch - Mittagessen

14.00 Suite des Ateliers - Vervolg van de werkgroepen - Fortsetzung der Arbeitskreise

Rapport des ateliers en assemblée plénière - Rapportage van de werkgroepen in plenaire sessie - Vortrag der Berichte aus den Arbeitskreisen im Plenum

- 15.45
- *Philippe DE PAEPE*, Cellule Recherche et Concertation, Ville de Charleroi
 - *Pascale JAMOULLE*, Centre Santé Mentale, CPAS Charleroi
 - *Philippe BASTIN*, Directeur INFORDROGUES, Bruxelles
 - *Alex NEYBUCHE*, Directeur SIAJEF, Liège

Débat auquel sont invités : - **Debat** waarvoor uitgenodigd zijn : - **Diskussionsrunde**, zu der eingeladen sind :

- *Antoine DUQUESNE*, Ministre de l'Intérieur - Minister van Binnenlandse Zaken
 - *Mieke VOGELS*, Minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenverking, Vlaamse Gemeenschap
- 16.30
- *Nicole MARECHAL*, Ministre du gouvernement de la Communauté Wallonie-Bruxelles chargée de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé
 - *Thierry DETIENNE*, Ministre du Gouvernement wallon chargé des Affaires sociales et de la Santé

Modérateurs - Moderatoren : Dr *Jean-Pierre JACQUES*, Directeur LAMA, Bruxelles ; *Lieve VAN DAELE*, Federale wetenschapsbeleid

17.30 Clôture - Coda - Schlußwort
Réception - Receptie - Empfang

COMITE SCIENTIFIQUE

- Philippe BASTIN, Directeur - INFOR DROGUES
- Jean BLANQUAERT, Dr - DEBOND
- Jean-Paul BROHEE, Pharmacien, Président du Groupe de Travail " Assuétudes ", A.P.B.
- Ruud BRUGGEMAN, Responsable psycho-médico-social - TREMPOLINE
- Willy BRUGGEMAN, Adjunct Directeur - EUROPOL
- Freddy CARLIER, Zonechef - Locale Politiezone Gent
- Jo CASSELMAN, Prof. Dr - Afdeling Strafrecht, Strafvordering en Criminologie, K.U. Leuven, Faculteit Rechtsgeleerdheid
- Yvano DE BIASIO, Fonctionnaire de Prévention, Ville de Charleroi
- Benoît DE CLERCK, Coordination Drogue, Ville de Charleroi
- André DE LEENHEER, Prof. Dr Rector - Universiteit Gent
- Willy DE MAERE, Dr - FREE CLINIC (MSOC)
- Brice DE RUYVER, Prof. Dr - Gewoon Hoogleraar Strafrecht Universiteit Gent - Institute for International Research on Criminal Policy
- Charles DE WINTER, Directeur - Programme Drogues, Police Fédérale - Drugsprogramma Federale Politie
- Patrick DERWEDUWEN, Administrateur délégué - Institut Belge de la Sécurité Routière - Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid
- Annie DEVOS, Directrice - Administration des Établissements Pénitentiaires, Ministère de la Justice
- Georges ESTIEVENART, Directeur - Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies - Europees Obervatorium voor Drugs en Drugverslaving
- Christian FIGIEL, Neuropsychiatre - Directeur " ALFA ", Chef de Service - Hôpital " Volière "
- Alphonse FRANSSEN, Regio-Coordinator - " DE SLEUTEL "
- Léon FROM, Psychologue, C.H.U. BRUGMANN - Service Psychiatrie
- Kim GEENENS, Wetenschappelijk onderzoeker - Universiteit Gent - Institute for International Research on Criminal Policy
- Marijs GEIRNAERT, Directeur - VAD
- Marie-Paule GIOT, Coordinatrice, Centre de Santé Mentale - C.P.A.S. de Charleroi
- Muriel GOESSENS, Coordinatrice - ASBL TRANSIT

- J-P JACQUES, Directeur - LAMA, Bruxelles
- Georges KELLENS, Professeur - Université de Liège, Faculté de Droit - Service de Criminologie
- Marianne LEJEUNE, Avocat Général, Liège
- André LEMAITRE, Professeur - Université de Liège, Faculté de Droit - Service de Criminologie
- Claude MACQUET, Directeur - Centre de cure et de poscure " Les Hautes Fagnes "
- Johan MAERTENS, Algemeen Directeur - " DE SLEUTEL "
- Thierry MARCHANDISE, Procureur du Roi, Charleroi
- Cathy MATHYS, Arts - FREE CLINIC (MSOC)
- Sophie NEUFORGE, Directrice - Coordination des Actions en Toxicomanie, Liège
- Alex NEYBUCH, Directeur - Service Intégré d'Aide et de Soins Psychiatriques dans le Milieu de Vie, Liège
- Pablo NICAISE, Sociologue - C.H.U. BRUGMANN, Service Psychiatrie
- Alfred NOIRFALISE, Professeur - Université de Liège, Toxicologie et Bromatologie
- Isidore PELC, Professeur, Chef de Service - Service de Psychiatrie, HOPITAL BRUGMANN, Université libre de Bruxelles
- Miran SCHEERS, Chef de Département - Institut Belge de la Sécurité Routière - Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid
- Albert SCHLEIPER, Président - Centre Interuniversitaire de Formation Permanente (C.I.Fo.P.)
- Laurent SURIN, Commissaire - Police fédérale - Federale Politie
- Sven TODTS, Dr - Directoraat-Generaal Strafinrichtingen Penitentiaire Gezondheidsdienst
- Jan VAN BOUCHAUTE, Directeur - MSOC, Gent
- Karl VAN CAUWENBERGHE, Onderzoeksrechter - Rechtbank van Eerste Aanleg, Antwerpen
- Lieve VAN DAELE, Opdrachthouder - Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden
- Peer van der KREEFT, Hoofd Dienst Preventie - De SLEUTEL
- Georges van der STRATEN, Directeur - TREMPOLINE
- Paul VAN DEUN, Klinisch Directeur - " DE SPIEGEL "
- Pierre VAN GYTE, - L'OREE ASBL
- Crista VAN HAEREN, - Institut National de Criminologie et de Criminalistique - Nationaal Instituut voor de Criminologie en de Criminalistiek
- Catherine VAN HUYCK, Responsable de Projet - MODUS VIVENDI
- Alexander VAN LIEMPT, Adj. Adviseur - FOD JUSTITIE
- Francis VAN MOL, Dr - Geneesheer Hoofd van Dienst - Medische Inspectiedienst - Bestuur Strafinrichtingen
- Patrick VAN PARYS, Directeur - Oostvlaamse Politie-Academie
- Freya VANDER LAENEN, Assistent Drugbeleid - Universiteit Gent - Institute for International Research on Criminal Policy
- Marc VANDERVEKEN, Coordonnateur - Concertation Toxicomanies Bruxelles (CTB-ODB)
- Anne VANDESTEENNE, Bestuur Directeur - Ministerie van Justitie - Bestuur Strafwetgeving en Rechten van de Mens
- Marcel VANHEX, Directeur - CAD LIMBURG
- Gert VERMEULEN, Dr - Docent Strafrecht Universiteit Gent - Institute for International research on Criminal Policyq
- Herman WOLF, Directeur - LABOR X VZW INSTANT A.
- Patrick ZANDERS, Directeur - CGI - Collaboration internationale des polices - Directie Beleid Internationale Politiesamenwerking - Police Fédérale - Federale Politie
- Serge ZOMBECK, Docteur - CHU SAINT-PIERRE - Service Psychiatrie

REFERENCES ▲

Pour Drogues 2000

Coordination :

A. SCHLEIPER et Y. DE BIASIO,

CIFoP - Avenue Général Michel, 1b, B-6000 CHARLEROI

Tel : 32 (0) 71/65.48.30 - 32.73.94 - Fax : 32 (0) 71/32.86.76

Secrétariat :

Tiziana Marcucci

CIFoP - AVENUE GENERAL MICHEL, 1B, B-6000 CHARLEROI

Tel : 32 (0) 71/65.48.30 - 32.73.94 - Fax : 32 (0) 71/32.86.76