

G.E.E.R.M.M.

GROUPE EUROPEEN D'ECHANGE RHIN-MEUSE-MOSELLE

**« PROGRAMME-CADRE 2001 POUR LA COOPERATION
ET LA PROMOTION DES PROJETS DE REDUCTION DE LA
DEMANDE DE DROGUES SUR LE BASSIN
TRANSFRONTALIER RHIN-MEUSE-MOSELLE »**

Agrément n° SI2.323722 (2001CVG2-207)



NOVEMBRE 2002

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 3
Séminaires « Ecole et Environnement Social en Europe : pour la prévention des dépendances et des conduites à risques »	p. 6
Prévention de la rechute	p.10
Réseau d'Aide aux Toxicomanes	p.16
Prévention des comportements addictifs chez les adolescents	p.20
CONCLUSION	p.25

INTRODUCTION

Le « *Programme-Cadre 2001 pour la coopération et la promotion des projets de réduction de la demande de drogues sur le bassin transfrontalier Rhin Meuse Moselle* » faisant l'objet du présent rapport de synthèse s'est déroulé, selon les agréments conventionnels, du 02 janvier 2001 au 02 juillet 2002, soit sur une période de 18 mois.

Les écarts administratifs entre le calendrier initial du projet et les contraintes liées aux délais d'agrément ont conduit à quelques légères modifications de programmation, sans aucune incidence ni sur les enjeux pédagogiques ni sur le respects des cahiers des charges des différents projets intégrés dans le Programme-Cadre. De même, la non prise en compte par le Ministère français de l'Education Nationale du projet de séminaire « Ecole et environnement social » au titre des Universités d'Eté a conduit à scinder les rencontres prévues sur 5 jours consécutifs, dont un en Allemagne, sans que les contenus ne soient pour autant modifiés.

De manière plus précise, ce programme-Cadre prévoyait deux grands axes de travail et de réflexion, dont le détail projet par projet fait l'objet de ce rapport synthétique et dont les résultats plus approfondis sont relatés dans les dossiers d'évaluation spécifiques :

1) Le développement des activités de prévention :

Ce travail s'est en premier lieu réalisé au travers de l'organisation de rencontres en Belgique, en France et en Allemagne, qui ont permis la formation d'environ 200 professionnels du champ des dépendances (toxicomanie, alcool, médicaments), de l'école, du travail social, de la recherche universitaire et de la formation initiale et continue des personnels. Les modalités de travail, expérimentées depuis de nombreuses années dans les séminaires successifs organisés par le GEERMM-Europe, ont été articulées autour d'apports théoriques et d'exposés de recherches, mais également de nombreux travaux en ateliers indispensables à une meilleure connaissance des expériences pratiques menées dans les différentes régions et au développement du travail en réseau.

Le second projet concernait également la prévention, mais sous l'angle du développement d'une logique participative impliquant les jeunes eux-mêmes, plus susceptible à nos yeux d'intégrer les représentations propres de ces jeunes autour de ces questions, et donc d'élaborer ultérieurement des stratégies plus proches des concepts du « self-help » et du « peer-support » que des stratégies classiques d'apports de connaissances théoriques empiriques dont les résultats sont aujourd'hui régulièrement remis en cause. Le travail réalisé au cours de ce projet a impliqué les jeunes à deux niveaux : ceux qui ont directement participé à l'élaboration d'un outil d'enquête, et ceux, beaucoup plus nombreux, auprès de qui ce questionnaire a été passé et qui ont accepté d'y répondre. La dynamique globale développée par ce projet est considérée comme très satisfaisante, y compris dans la richesse des relations et de la synergie qui se sont développées entre les jeunes et les professionnels qui les ont accompagné tout au long de l'action.

2) La recherche et l'élaboration de stratégies adaptées de prévention de la rechute :

Le premier niveau de cet axe de travail concernait spécifiquement le problème posé dans les institutions spécialisées (centres fermés ou traitements ambulatoires) par l'analyse et les modes de prise en compte des rechutes chez les personnes dépendantes, à l'issue de cures de sevrages et/ou de post-cure. Cette recherche s'inscrit dans la continuité du Programme-Cadre précédent (1999/2000), confirmant que ce domaine manque cruellement de bases théoriques et scientifiques valides sur l'espace transfrontalier concerné. Les études existantes sont pour la plupart anglo-saxonnes, auxquelles s'ajoutent des recherches et des publications suisses. La plus-value apportée par le soutien de la Commission dans cette recherche prend ici toute sa dimension dans la possibilité offerte d'exploration sérieuse et concrète sur plusieurs régions de l'état de la situation d'une part, dans la recherche de pistes scientifiquement acceptables pour la prévention de risques sanitaires aux conséquences souvent graves pour les personnes concernées. L'enjeu de ce projet était donc plus une sensibilisation active des partenaires institutionnels du bassin Rhin Meuse Moselle et une interrogation fine sur la perception du problème et la manière directe ou indirecte de le traiter, au regard des réglementations nationales et des dispositifs spécifiques. L'objectif à terme restant le développement d'un système de veille, voire l'intégration et la mise en œuvre de protocoles scientifiquement validés de prise en charge de cette question.

Le second niveau concernait l'accès à un haut niveau de santé des personnes dépendantes sous substitution, par la mise en œuvre de protocoles de soins et d'accompagnement visant à évaluer le degré de satisfaction respectif des patients et des prescripteurs. Dans la perspective du GEERMM-Europe d'ouvrir la réflexion aux partenaires non spécialisés dans l'intervention en toxicomanie, ce projet revêt un intérêt particulier si on prend en compte l'implication de praticiens libéraux dans les pratiques de substitution. La plus-value européenne prend également ici tout son sens, si nous considérons par exemple le développement relativement récent de la substitution en France. En effet, la mobilisation du réseau de partenaires transfrontaliers du GEERMM-Europe a permis de solliciter les compétences avérées de praticiens européens, en l'occurrence des médecins de Bruxelles travaillant sur ces questions depuis plus d'une dizaine d'années, afin d'apporter leur éclairage et de mettre leur expérience à disposition d'autres acteurs pour favoriser plus rapidement le caractère opérationnel des procédures.

Pour l'ensemble de ces axes de travail, la mobilisation active de nombreux partenaires sur la globalité du secteur géographique concerné nous conduit à un indice de satisfaction important, y compris naturellement dans une perspective optimiste d'harmonisation des pratiques sur le bassin Rhin Meuse Moselle en matière de prévention des conduites addictives, de soins et de substitution et dans la perspective de réguler à terme les incidences sanitaires de la rechute chez les personnes dépendantes.

« Séminaire Ecole et Environnement Social en Europe : pour la Prévention des Dépendances et autres Conduites à Risque »

**METZ (F)
SARREBRUCK (D)
LA LOUVIERE (B)**

Introduction

Comme initialement prévu par convention, 8 journées de travail ont été organisées en France, Belgique et Allemagne autour de la thématique « prévention des dépendances et des conduites à risques », visant à l'analyse et au développement des bonnes pratiques en matière de prévention en direction du public adolescent. Plus de 200 professionnels du champ scolaire, du travail social, de l'intervention en toxicomanie (soins et prévention), de l'animation socioculturelle, de la formation, ont pu bénéficier de la réflexion théorique et des échanges en ateliers proposés tout au long de ces rencontres.

Signalons également, dans la logique globale d'intervention transfrontalière du GEERMM-Europe depuis plus d'une dizaine d'années, que des relations étroites ont été établies avec un autre projet de ce même Programme-Cadre Interrégional, interrogeant, sous l'angle d'une pratique participative des jeunes, la pertinence des actions de prévention (cf. Partie IV : « Prévention des comportements addictifs chez les adolescents »). Il apparaît ainsi que nous avons le souci permanent de se nourrir de toutes les réciprocités possibles.

Enfin, rappelons que l'ensemble de ce projet a été construit et en permanence soutenu et accompagné par un Groupe de Pilotage transfrontalier et pluridisciplinaire composé depuis plusieurs années de représentants français, belges et allemands des champs professionnels concernés par cette thématique (toxicomanie, prévention, écoles, formation, santé publique, recherche universitaire, etc.) sous la responsabilité du Conseiller scientifique du GEERMM-Europe, le Professeur J-Y. TREPOS et sous le contrôle du Conseil d'Administration.

A cette configuration initiale s'est ajoutée cette année la participation d'un autre réseau européen actif sur les questions liées aux drogues, T3E (Toxicomanies Europe Etudes Echanges) qui a permis l'ouverture de la réflexion et les apports théoriques et pratiques d'intervenants danois et portugais ainsi qu'un éclairage plus global par la participation du coordinateur de ce réseau, J-P. DEMANGE.

Séminaire de La Louvière (B) (03/01) : « Ecole et Environnement Social : Résilience, Résistance, Renaissance ou conquête d'un espace d'inter-actions »

Le cadre de ce séminaire 2001 avait pour priorité de comprendre comment tous les acteurs, parents, enseignants, éducateurs, animateurs, assistants sociaux...peuvent se rencontrer pour confronter leurs points de vue dans la perspective de construire un travail d'éducation global avec le public jeune. Comme le souligne Olga Zrihen, la tâche de ces trois journées était de mieux comprendre les itinéraires dans lesquels nous pouvons accompagner les jeunes pour que traversant la résilience et la résistance, ils soient dans une renaissance.

Majo Hansotte (docteur en philosophie et lettres) a posé la question essentielle du rapport des adolescents aux normes, au sens élargi, de ce qui fait sens et loi en soulignant que le propre du sujet parlant est de pouvoir, par la parole, opérer le partage entre le juste et l'injuste.

Fabienne Brion (docteur en criminologie) a souligné qu'à l'heure actuelle, la dynamique communautaire est devenue le point fondamental de construction des programmes d'action avec comme conséquence, un recodage des pratiques de division sociale, une sorte de distinction entre affiliés et marginalisés qui débouche sur des modèles « ghettoïsant » notamment pour les écoles et les enfants qui les fréquentent.

D'autre part, la question de la violence en milieu scolaire a été largement abordée par Eric Debarbieux (docteur en philosophie) qui a posé les jalons de solutions passant nécessairement par la solidité des équipes éducatives et par un partenariat avec les institutions, les parents et les habitants. Par ailleurs, Eric Debarbieux souligne que les écoles qui réussissent le mieux sont celles qui ont su nouer des liens avec le quartier et éviter ainsi la violence antiscolaire.

D'un point de vue méthodologique, ce rencontres se sont inspirées des années précédentes. C'est ainsi que les matinées étaient consacrées à des exposés théoriques suivis d'échanges avec les participants. Cette réflexion a trouvé une continuité dans les travaux en atelier, les après-midi. Les soirées étaient quant à elles, consacrées à la présentation d'activités et/ou d'expériences culturelles ayant des objectifs de prévention.

Journées Européennes de Metz (F) : « Usages, abus, dépendances : une question de frontières ? »

Il est nécessaire au préalable, de souligner la participation effective du Réseau Européen d'Etudes et d'Echanges T3E pour l'élaboration de l'ensemble de ce programme et plus particulièrement pour la journée du 27 juin 2002.

L'objectif de la participation de T3E était bien d'élargir à des professionnels d'autres pays de l'Union, le travail et la réflexion autour de la dynamique transfrontalière mené par GEERMM-Europe depuis de nombreuses années. C'est ainsi que ce partenariat a pu se concrétiser par la présence d'intervenants représentant notamment le Danemark et le Portugal, ainsi que du coordinateur de ce réseau européen comme témoin de sa dimension plus globale.

Le thème transversal de ces journées à Metz s'est articulé autour de la question des frontières entre les usages, les abus et les dépendances à des substances psychoactives (prises au sens général, c'est à dire sans distinction majeure entre produits licites et illicites). Ainsi, le Professeur Philippe Jean Parquet a permis aux stagiaires de mieux cerner une approche nouvelle centrée sur l'homme et non plus sur les produits. Cette dimension permet désormais d'imaginer une démarche de prévention qui concerne tous les comportements face aux substances psychotropes quel que soit leur statut juridique. D'un point de vue préventif, cet apport théorique propose d'agir à la fois sur les facteurs de protection et sur les facteurs de vulnérabilité et de risques.

L'apport ethnologique de Christian Labat a quant à lui, permis d'ouvrir un parallèle entre les usages de drogues dans les sociétés traditionnelles et modernes. Les drogues dans les sociétés traditionnelles sont considérées comme le symbole d'un marqueur social ritualisé et renvoient à la quête du sens et de l'union. Par opposition, la consommation de drogues dans les sociétés modernes renvoie au primat du « je » sur le « nous » dans une recherche du dépassement de soi, en référence au « culte de la performance » analysé par le sociologue Alain Ehrenberg.

Dans une dimension proche du terrain, les intervenants des tables rondes ont permis une analyse transfrontalière plus fine d'une part, du système pénal en France, au Luxembourg et en Belgique et d'autre part, une analyse des types de réponses dans les dispositifs actuels traitant de la prise en charge des personnes toxicomanes et alcooliques.

Journée à Sarrebruck (D) : « **La santé des enfants à la frontière entre consommation, plaisir et dépendance** »

Cette journée en Allemagne était largement consacrée à la question de l'alimentation des enfants dans une dimension de prévention des troubles alimentaires. Dans son exposé théorique à dimension socioculturelle, Holger Hassel (pédagogue, nutritionniste) souligne l'importance de la place des parents qui déterminent l'offre alimentaire dans la famille et constituent donc la cible la plus efficace pour le conseil en alimentation.

L'enfant est curieux et éprouve beaucoup de plaisir à découvrir et à goûter de nouveaux aliments c'est pourquoi il est nécessaire de favoriser le développement des expériences gustatives et la découverte de la diversité des aliments en encourageant la découverte du corps. Par ailleurs, chez les parents et éducateurs, il faut étendre les connaissances relatives à une alimentation équilibrée et privilégier une éducation favorisant l'autonomie de l'enfant.

Les travaux en ateliers programmés en après-midi, ont permis de favoriser les échanges autour de thématiques telles que l'alimentation, les usages de substances psychotropes, l'abus d'alcool etc.

En conséquence, l'objet de cette journée a donc été d'étudier et de comprendre le sens du terme « consommer » dans son éventail le plus large, intégrant les dimensions éducative, sociale et culturelle (cette dernière étant particulièrement sensible dans une recherche et une réflexion au niveau transfrontalier) en parfaite adéquation avec un travail de proximité et de prévention.

Evaluation et plus-value communautaire

Ces trois rencontres, articulées sur 5 journées comme initialement prévu au cahier des charges, ont permis d'impliquer dans la formation et la réflexion sur la prévention des dépendances et des conduites à risque, près de 200 professionnels.

La présence d'experts issus de la zone transfrontalière mais également du Danemark et du Portugal, grâce au soutien et à la collaboration active du réseau T3E, a permis d'ouvrir les débats en s'appuyant sur des expériences singulières et novatrices.

D'autre part, la mobilisation des stagiaires dans les travaux en ateliers, notamment pour les journées en Belgique et en Allemagne, a permis d'associer des spécialistes et non-spécialistes des questions liées aux usages de drogues et autres conduites à risque dans une perspective d'échanges et de partenariat entre l'école et son environnement social.

Le Groupe Organisateur des séminaires qui intègre des professionnels français, belges et allemands du milieu scolaire, social, de la Promotion de la Santé, de l'animation et de la formation reste le garant et la pierre angulaire d'une véritable dynamique de réseau à l'échelon interrégional.

Il paraît également nécessaire de souligner l'importance du soutien financier de la Commission Européenne sans lequel un tel projet ne pourrait voir le jour, d'autant que les spécificités des filières de formation continue des personnels dans les différents Etats membres concernés se retrouvent confrontées à des fonctionnements difficiles à dépasser.

PREVENTION DE LA RECHUTE II

L'objectif primaire du projet était de faire circuler entre les experts les informations recueillies sur les principes des systèmes d'aide aux toxicomanes dans les différentes régions européennes impliquées dans la dynamique du GEERMM-Europe.

Sur la base de ces principes, des données ont pu être recueillies permettant de passer au crible la méthodologie interrégionale de prévention de la rechute dans les différents établissements thérapeutiques ambulatoires ou hospitaliers, les définitions même de la dépendance étant différentes dans les différents Etats concernés.

Les aléas du conventionnement ont conduit à établir un nouvel échéancier qui n'a pas remis en cause les enjeux du programme.

L'étude systématique de la recherche multidisciplinaire sur la rechute/récidive constitue un nouveau champ d'activité de l'aide aux toxicomanes en général et en particulier dans les régions européennes « Rhin Meuse Moselle ». Il n'y a pas jusqu'à ce jour de définitions généralement reconnues de la notion de rechute. La théorie n'est en conséquence pas très avancée. L'expression de système d'alerte précoce contre la rechute (RFWS) est insérée dans l'une des définitions des caractéristiques favorisant la rechute.

Lors de la mise en œuvre du projet, il a toujours été fait référence aux communications scientifiques (Workshop Heidelberg EuroAFIS e.V. 1998 du Professeur Dr. J.Körkel) sur les rechutes dans le système d'aide aux toxicomanes.

Les rencontres du 1^{er} au 3^{ème} trimestre 2001, en attente du conventionnement européen, ont été consacrées à des phases de planification et de préparation au sein de groupes de travail. Il a été procédé à des évaluations de la littérature allemande et anglaise consacrée aux conditions de la rechute ainsi qu'à l'examen des conceptions de la rechute (Haus Burgwald Rehabilitationszentrum für suchtkranke Menschen Mühlital [D] / Les Hautes Fagnes Centre de postcure Malmédy [B]) des établissements ambulatoires ou hospitaliers agissant dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire (WHO).

Au cours du 4^{ème} trimestre 2001, des groupes de travail se sont réunis au Luxembourg (Centre thérapeutique d'Useldange), en France (Centre médico-psychologique La Fontenelle Maizeroy), en Allemagne (Therapiezentrum Schaumberger Hof Tholey). Ces groupes de travail comportaient des présentations et la prise de connaissance des différentes conceptions de la rechute.

Une rencontre de travail consacrée aux différents points de vue en matière de rechute/prévention et traitement de la rechute, rechute – « cas normal / accident / incident » dans le traitement de la toxicomanie s'est tenue le 23.11.2001 à Metz [F], ainsi qu'en Belgique au 1^{er} trimestre 2002 (*Le Pélican* Service de Prévention Bruxelles et *Trampoline* Centre d'aide aux toxicomanes et à leur famille Chatelet [B]) et en Allemagne au 2^{ème} trimestre 2002 (Rodewisch et Journée Prévention des rechute II, 09-10/05/02 "Théories de Marlatt" au Hofgut Imsbach D Theley).

L'étude présentée dans le rapport final « Prévention de la rechute I » pour la période 1999-2000 a montré un manque de comparabilité dans le domaine de la prévention de la rechute car la prévention de la rechute n'est pas pratiquée en France et en Belgique comme elle l'est généralement en Allemagne. C'est avant tout la méthodologie en matière de prévention de la rechute appliquée dans l'espace germanophone qui fait défaut dans l'espace linguistique francophone. A l'examen, il ressort également que la compréhension de la rechute présente une grande diversité dans l'espace où l'étude a été effectuée. Les études scientifiques de la rechute sont pratiquement absentes dans l'espace linguistique francophone et proviennent principalement de l'espace anglophone.

Lors de l'évaluation des conditions entraînant la rechute dans la partie sud-ouest germanophone, il s'est avéré que des données concrètes (catamnèses des rechutes) existaient dans l'espace allemand. Il n'existe pas d'études sur la rechute dans la partie francophone des régions Rhin Meuse Moselle.

La rechute après désintoxication alcoolique a lieu principalement à court terme, quelques mois après la thérapie. Dans le domaine des drogues illégales, la rechute présente un caractère plus dramatique, les personnes ayant rechuté présentent un taux de mortalité plusieurs fois multiple de celui des personnes d'un groupe d'âge comparable. Il est indispensable de considérer la rechute comme partie de l'évolution de la toxicomanie et il est donc nécessaire, dans le cadre d'une réaction thérapeutique, de ne pas dévaluer les personnes ayant rechuté.

Rétrospectivement, on peut dire que la rechute constitue une composante omniprésente et fondamentale du quotidien thérapeutique du traitement de la dépendance dans les régions transfrontalières européennes Rhin Meuse Moselle. Cependant, la rechute reste encore une thématique que l'on évite volontiers d'aborder dans la pratique en ce sens où elle est considérée comme un pronostic défavorable car elle fait baisser les taux de réussite des thérapies proposées par les institutions de soins et les centres de consultation.

L'aide aux personnes dépendantes, en Allemagne par ex., ayant abandonné le dogme de l'abstinence totale comme objectif suprême, le thérapeute se voit confronté à un nouveau défi : accepter la rechute comme composante du processus de guérison.

La gérer et l'analyser, afin d'en établir la problématique, implique inéluctablement de modifier la pratique thérapeutique : il ne s'agit plus de présenter la rechute comme atteinte grave au principe d'abstinence, mais plutôt de se demander quels moyens donner au patient pour l'aider concrètement à la surmonter. Il a été prouvé que les modèles généraux de gestion de la rechute ne proposent, par leur nature générale et globalisante, que des solutions insuffisantes. Les méthodes de traitement personnalisées exigeant que la personne concernée participe activement à la résolution de « son » cas permettent aux patients et aux thérapeutes de progresser. Mettre en évidence, en commun avec le patient, ses « signaux d'alarme » et modèles personnels, l'amener à en prendre conscience et les interpréter, favoriser sa réflexion personnelle, voilà en quoi consiste la gestion de la rechute. Le patient n'est pas conscient du fait que sa rechute est pour ainsi dire une composante de son syndrome. (Et c'est aussi bien ainsi afin que cela ne lui fournisse pas un alibi pour reprendre sa consommation.)

Les praticiens, côté allemand, font en partie également appel à des méthodes relevant du rituel et du mythe. La « trousse d'urgence » (RFWS), symbolique en tant que technique thérapeutique pour éviter la reprise de la consommation, se retrouve dans d'autres symboles : par exemple, le centre thérapeutique de Münzesheim organise le « Dernier jeu de rôle psychosomatique ». Dans le cadre de la gestalt-thérapie, on fabrique un symbole de la drogue dont le patient est dépendant puis, à la fin de la thérapie, le symbole est enterré véritablement (avec une vraie pierre tombale !) comme un signe de volonté d'abstinence. D'autres établissements distribuent des diplômes, des médailles ou des amulettes... De tels rituels sont pratiquement inconnus en France et Belgique.

Mais si la rechute se trouve maintenant légitimée dans l'aide aux personnes dépendantes, ce qui est évidemment en contradiction avec l'objectif (apparent) de la thérapie d'abstinence, quelle valeur a encore la notion d'abstinence ? Quel est alors au juste le but du traitement ? En ce qui concerne le système de santé allemand, avec la dépendance considérée comme maladie en soi (selon ICD-10) et la thérapie définie comme mesure de revalidation, le rétablissement de l'état de bonne santé signifie clairement le renoncement à l'abus de substances, c'est-à-dire l'abstinence.

A ce sujet, on peut avoir un aperçu de facteurs antérieurs importants selon Peter BECK (Haus Burgwald Mühlal [D]), en complément aux théories de Marlatt sur les conditions préliminaires de la rechute : Réalité après la thérapie ; surmenage, surmenage chronique ou aussi absence d'exigences (au niveau professionnel par exemple) ; déséquilibre résultant d'un passage brutal de la sécurité à l'insécurité ; résolutions irréalistes (consommation contrôlée) ; mise en situation de tentation ; incidents, revers de fortune, petits écarts réguliers (ennui, bureaucratie, chômage, doute, manque d'énergie).

Facteurs cognitifs : Fermer les yeux devant les facteurs de risque ; attente consciente de l'effet de la drogue ; besoin intérieur / désir ardent ; sentiment de manque (incomplétude sans la drogue) ; décisions apparemment insignifiantes (tenir à disposition, au moins pour les invités, de l'alcool, aller au bistrot pour prouver sa fermeté, changer de médecin de famille, boire de la bière sans alcool, acheter de l'alcool pour l'offrir, etc.). Seul celui qui reconnaît les structures pouvant amener à la rechute peut intervenir !

Peter MÜLLER (Therapiezentrum Münzesheim Kraichtal [D]) donne rétrospectivement un aperçu des raisons de sortie anticipée de son établissement : avec accord du médecin, sur décision du médecin, contre l'avis du médecin, renvoi disciplinaire.

Patrick HALTER (CMP La Fontenelle Maizeroy [F]) : En France aussi, la rechute est considérée comme une composante du parcours d'une personne dépendante. Au cours de la thérapie même, on ne parle généralement pas de prévention de la rechute en tant que telle. En France, la prévention de la rechute constitue une thématique autonome, extérieure à la thérapie proprement dite et qui est pratiquée en dehors de l'établissement de soins, principalement sous une forme ambulatoire. La reprise possible de la consommation est thématiquée au sein de groupes d'entraide ou associations similaires ou lors d'une assistance post-traitement ambulatoire. L'Association nationale de prévention de l'alcoolisme pratique la prophylaxie en collaboration avec diverses antennes départementales. Dans ce contexte, on peut dire en général que le patient ayant rechuté est traité de manière très personnalisée pendant la thérapie. Il n'y a pas de travail de remise en cause au sein de groupes, mais lors d'entretiens individuels. L'exclusion du traitement dans le cas d'une première reprise de la consommation est plutôt rare, alors que, en cas de rechutes répétées (faute de réussite), on envisage plutôt un transfert dans un établissement spécialisé (un établissement psychiatrique dans les cas les plus extrêmes). Si le patient doit se retrouver à la rue en cas d'exclusion, la première mesure est de lui trouver un hébergement d'urgence. 40 à 50 % des patients sont des « récidivistes », c'est-à-dire qu'ils en sont au moins à leur deuxième thérapie.

Maurice Doerflinger (CSSTH Le haut des Frets Gerbépal [F]), distingue également les trois phases du traitement : entrée / évaluation / sortie. Dans cet établissement aussi, le comportement vis-à-vis de la rechute doit être discuté ouvertement. L'équipe spécialisée décide de la poursuite du traitement ou du renvoi du patient. Cette disposition ouvre partiellement de nouvelles perspectives ou des possibilités de changement pour le patient qui se révèlent positives dans le cadre de la thérapie. On ne dispose pas de données précises sur les rechutes, un seul patient a été renvoyé pour cause de rechute.

Selon Monsieur Max DANIEL (CSSTH Foville [F]), la notion de rechute est très controversée dans la langue française. Elle est une infraction et une régression.

Il est important que la rechute ait été un dépassement de limites (une transgression) et serve à contrôler les accords passés avec le patient. En cas de rechute, en tant que retour à l'état antérieur, celle-ci serait une régression et il serait alors possible de définir de nouveaux objectifs. C'est une manière particulière de considérer le phénomène de la rechute. Aucune donnée n'est recueillie dans cet établissement. Dans le CHS Jury-les-Metz (F) du Dr. Claude JACOB, le patient ayant enfreint la règle de l'abstinence est transféré dans un établissement ouvert pour d'autres consultations et travaux de motivation. L'équipe décide si le patient sera renvoyé ou pourra poursuivre le traitement.

En Belgique, le Centre Trempline propose une prise en charge de la rechute pendant la phase de réinsertion. Il propose des groupes de prise en charge (les groupes « Ulysse »). Trempline a observé que 15 % de ses patients rechutaient après un séjour de 12 mois dans le centre. Ces patients participent ensuite pour la plupart à un groupe « Ulysse ». La rédaction d'un rapport détaillé a été convenue au cours de la rencontre des groupes de travail, mais, malgré plusieurs demandes, le rapport n'a pas été transmis à ce jour. C'est bien dommage car ce programme contre les rechutes revêt de l'intérêt pour les établissements européens interrégionaux. Se référant à ses travaux dans le domaine de l'aide aux toxicomanes, Claude Macquet (Les hautes Fagnes Malmedy [B] s'est aperçu clairement lors d'entretiens avec d'anciens patients que, d'après leurs descriptions de leur séjour thérapeutique, la teneur de la thérapie était très différente de celle transmise par l'équipe thérapeutique. Ici se produisent les premières idées de rechute, en dehors de la pression de la dépendance : « Que se passerait-il si je me remettais à consommer ? Qu'est-ce que j'y perdrais (ou gagnerais) ? » Ce n'est qu'avec le temps qu'une modification de l'identité se faisait sentir, résultant de sa participation active. En Belgique, la recherche d'un concept de travail adéquat s'appuie principalement sur les auteurs nord-américains et anglais des 19^e et 20^e siècles tels que James, Cooley, Mead ou Rudy.

Monsieur Paul NEUBERG (CTU Useldange, [L]), assure le suivi de ses patients après la sortie de son établissement en transmettant régulièrement les catamnèses afin de mieux pouvoir gérer les rechutes.

Conclusion et plus-value communautaire

On peut dire que la reprise de stupéfiants après une phase d'abstinence est un phénomène très fréquent dans les régions transfrontalières européennes Rhin Meuse Moselle. Ce n'est pas un phénomène présentant des signes précurseurs compréhensibles qui relèveraient du domaine de la faiblesse de volonté ou de l'incompréhension.

Pour une partie importante des personnes dépendantes ayant rechuté, pour la plupart au cours des premiers mois suivant la fin du traitement, la reprise de la consommation reste limitée à une courte période tandis que d'autres toxicomanes évitent une nouvelle dépendance physique en observant des phases d'abstinence entre les jours de consommation. La mortalité des toxicomanes ayant durablement et gravement rechuté est multipliée par rapport à celle des personnes du même groupe d'âge de l'ensemble de la population, du moins dans les conditions de l'illégalité et de ses conséquences médicales, sociales et économiques.

Les rechutes peuvent donc être une occasion d'évolution ou une catastrophe aux conséquences graves. Quoi qu'il en soit, il est utile pour la personne traitante de pouvoir catégoriser de manière positive les dérapages et les rechutes, de thématiser la reprise de la consommation pendant sa phase préliminaire de manière intéressée, ouverte et sereine afin qu'elle n'ait pas à porter la tache de l'échec.

Si l'expression de système d'alerte précoce contre la rechute est insérée dans l'une des définitions des caractéristiques favorisant la rechute, il nous semble impératif de prévoir d'intégrer les mesures de prévention des rechutes et d'intervention, en tant que composantes fixes du traitement, dans le système européen d'aide aux toxicomanes. Cette intégration, au-delà de la sensibilisation générée par la recherche elle-même dans les institutions participantes, devrait être soutenue à terme par l'étude scientifique d'un futur projet dans les régions européennes « Rhin Meuse Moselle ».

RESEAU D'AIDE AUX TOXICOMANES

Description des tâches

La durée du projet a pu être allongée de 12 à 18 mois dans le cadre conventionnel, et par conséquent l'échéancier a été adapté en étalant les activités sur une plus longue durée. Nous avons ainsi utilement profité de l'allongement de cette durée pour multiplier et diversifier les contacts afin d'augmenter autant que possible le nombre et la diversité des partenaires.

a) Inclusion des patients dans le protocole EVOLUTOX depuis janvier 2001

a.1. L'équipe de recherche du projet (chef de projet, assistants et chercheur) a rendu visite aux différents partenaires actifs dans cette recherche, afin de mettre en place la collecte des données cliniques. Ces visites ont eu lieu les 03/02 et les 27 et 28/04 à Luxembourg; les 20 et 21 juin à Metz, le 15/09/01 à Bruxelles; les 04, 05 et 06/10/01 à Metz, Nancy et Thionville.

Lors de ces visites, des rencontres avec les équipes locales dans leur entièreté ont été organisées. Toutes les conditions et les modalités d'inclusion des patients, de remplissage des questionnaires, de renvoi des protocoles ont été précisées afin qu'aucune donnée ne se perde, et que l'anonymat des personnes soit préservé.

a.2. Des réunions ont été organisées régulièrement avec les comités de pilotage locaux (au Luxembourg et en France essentiellement) afin de permettre aux partenaires de bien posséder l'outil et de pouvoir penser pour eux même à l'organisation de la collecte des données tenant compte de leur fonctionnement structurel et des réalités réglementaires propres à chaque Etat.

Les comités de pilotage interrégionaux ont eu lieu les 19/01/01 (Luxembourg); 03/02/01; 27/04/01; et ont aussi été intégrés à l'occasion des journées d'étude, les 10/03/01 et 02/03/02.

Les comités de pilotage locaux et d'organisation commune ont eu lieu à Bruxelles, les 14/02/01; 28/03/01; 25/04/01; 16/05/01; 13/06/01; 04/07/01; 19/09/01; 10/10/01; 19/11/01; 10/12/01; 07/01/02; 04/02/02; 25/02/02; 27/03/02; 15/04/02; 06/05/02 et 03/06/02.

Les particularités des chacune des équipes ont été examinées au cas par cas afin de mettre en place la collecte la plus simple possible, ceci dans le but de pouvoir assurer une durée maximale au projet. Pour rappel, la collecte des données à Bruxelles, par le RAT a perduré pendant 10 ans.

Le travail d'encodage et de traitement des protocoles déjà rentrés ainsi que les premiers résultats ont fait l'objet du rapport intermédiaire, ainsi que d'un rapport de recherche (cf. document final).

b) Travail de réflexion et d'élaboration de comparaison des différents dispositifs de soins

(Elaboration d'une typologie des outils utilisés pour le soutien aux intervenants de première ligne dans l'accompagnement des patients toxicomanes)

- Construction des pistes de réflexion et organisation du travail d'élaboration d'outils d'évaluation :

Deux journées ont été organisées afin de mettre en commun toute la réflexion autour de la comparaison des cadres organisés pour le travail clinique dans les différents pays et dans les différentes institutions.

10 mars 2001 : première journée de présentation du programme et des protocoles et de rencontre des participants.

2 mars 2002 (cf. bilan final) deuxième journée autour de la conception du lien entre le cadre du programme et la clinique.

Ces deux journées ont permis l'élaboration d'un projet d'outil d'évaluation du cadre de travail, au point de vue du thérapeute (médecin généraliste ou psychiatre, assistant social ou psychologue). Actuellement cet outil est à la version "zéro", et fait l'objet des premiers tests parmi les médecins de Bruxelles.

Cette version « zéro » est une première version de travail. Elle est jointe au rapport final à titre purement informatif.

Dimension de plus value communautaire

Les questions qui concernent l'évaluation de la qualité des services et des soins offerts par les prestataires de santé font l'objet d'une grande préoccupation dans toute l'Europe. Cette préoccupation se développe d'autant plus qu'elle se heurte à une difficulté majeure: les standards habituels d'évaluation, basés avant tout sur la rentabilité ou le rapport "qualité-prix" s'avèrent totalement inadaptés lorsqu'il s'agit de prendre en compte l'élément humain, éminemment central dans les pratiques en soins de santé.

Ceci sera d'autant plus vrai que l'évaluation de la qualité de ces services prestés passe aussi - et peut être même avant tout - par la réflexion autour des conditions de travail des prestataires, leur bien être s'avérant un élément de poids dans l'efficacité des prises en charge, et partant des difficultés de la mesure de celui-ci, un écueil dans l'élaboration d'un indice de qualité purement rationnel.

Un projet comme celui-ci organise la rencontre de praticiens venus de diverses contrées, dans le projet de se communiquer et de partager leurs sentiments à propos des différentes conditions d'exercice dans lesquelles ils sont plongés, de les comparer, autant que faire se peut, et de réfléchir ensemble aux divers déterminants des résultats de leurs pratiques cliniques.

Loin de se "comparer" sur une échelle univoque qui tendrait à imposer un modèle comme "bon", ils tentent de "mettre à plat" la multiplicité des déterminants tant culturels que légaux ou institutionnels qui conditionnent leurs pratiques, et partant de ces éléments comparatifs, le devenir de leurs patients.

Au cours des rencontres organisées, il nous est apparu à quel point il existait une grande méconnaissance des situations et des solutions thérapeutiques adoptées dans des pays et des régions aussi proches que celles où nous travaillons.

Nous nous sommes aperçu à quel point les défenseurs de certaines opinions font référence à des situations de pays membres alors que les modèles ainsi évoqués ne reflètent que très partiellement, voire partialement, la réalité telle qu'elle est vécue et exprimée par les professionnels.

Au delà, la construction commune, et ensuite le partage d'outils d'évaluation, le partage des résultats et des débats qu'ils ne manquent pas d'engendrer contribue largement à construire des liens entre les institutions participantes, mais aussi une ouverture fondamentale aux questionnements que la pratique des soins aux toxicomanes soulève.

PREVENTION DES COMPORTEMENTS ADDICTIFS CHEZ LES ADOLESCENTS

RAPPEL DES OBJECTIFS

Ce projet a été élaboré par quatre structures de France et de Belgique à partir des objectifs suivants :

- Développer une prise de conscience chez les adolescents (15/18 ans) des pratiques de consommation de substances psychoactives et des comportements addictifs afin qu'ils puissent contrôler et limiter ainsi le passage à des comportements addictifs pathologiques.
- Mobiliser des groupes de jeunes dans chaque pays pour identifier les pratiques de consommation de substances connues ou nouvelles.
- Confronter ces pratiques d'un pays à l'autre.
- Modéliser une démarche participative d'éducation par les pairs.

DEROULEMENT DES TRAVAUX

1) Le contexte :

Ce projet se déroule sur quatre sites :

- En France : Lycée Callot à VANDOEUVRE et l'Association ODYSSEE, (4 lycéens)
Equipe rue CMSEA à METZ et le Service En Amont CMSEA (4 jeunes)
- En Belgique : Ecole Saint-Joseph à CHARLEROI et Carolo Contact Drogues, (4 lycéens)
Ecole du Sartay à LIEGE et l'ASBL CLIPS (3 lycéens)

Dans un premier temps, les structures ressources (association ODYSSEE , ASBL CLIPS, le CCD, et le service en Amont CMSEA) ont mobilisé des partenaires du milieu scolaire ou social autour de ce projet de prévention axé sur le travail **avec** les jeunes. La deuxième étape a consisté à mobiliser et impliquer des groupes de jeunes autour de ce projet sur chaque site.

Un comité de pilotage a été créé. Il regroupe les référents de chaque structure ressource et des personnes relais des structures scolaires ou sociales y participent également. Ce comité de pilotage se réunit régulièrement afin de mettre en adéquation les objectifs du projet avec le déroulement de l'action, de préparer les rencontres entre jeunes, de définir le cadre pédagogique du travail avec les jeunes.

2) Déroulement de l'action

Octobre 2001 à décembre 2001 :

- mobilisation des partenaires ;
- constitution des groupes de jeunes.

Novembre 2001 :

- réunion du comité de pilotage à Liège : Cette réunion avait pour objectif de déterminer un échéancier du projet en tenant compte des impératifs de fin de projet (juin 2002), de préciser les objectifs de l'outil d'enquête et les moyens de réalisation, et enfin de définir une méthode pédagogique de travail avec les différents groupes de jeunes sur chaque site.

Décembre 2001 à février 2002 :

- travail de réflexion des groupes de jeunes sur les différents sites concernant l'outil d'enquête : Cette phase a été organisée de manière différente sur les sites en terme de fréquence des rencontres et de compte-rendu de la réflexion. Par contre tous les sites ont utilisé une trame pédagogique identique avec les groupes :

1) travailler sur les représentations des adolescents du groupe concernant « les dépendances » et élaborer la suite de la réflexion à partir de ce qu'ils en disent ;

2) élaborer le contenu de la réflexion autour de deux questions :

- qu'auriez-vous envie de poser comme questions concernant les pratiques de consommation ?
- qu'est-ce qui vous préoccupe concernant ces pratiques ?

Février 2002 :

- réunion du comité de pilotage à Metz : L'objectif de cette rencontre était d'organiser la première rencontre transfrontalière à Metz.

Mars 2002 :

- première rencontre transfrontalière avec les stagiaires à Metz : 14 stagiaires étaient présents. La rencontre s'est déroulée sur 2 journées. Le programme de ces journées s'articulait autour de la présentation du travail de chaque groupe et de la formalisation de l'outil d'enquête . Un sociologue nous a accompagné lors de ces journées, apportant des éclairages méthodologiques sur un questionnaire d'enquête. Ce sociologue était chargé de réunir les différents travaux de chaque groupe, d'affiner ces travaux et de formaliser le questionnaire.

Mars 2002 à avril 2002 :

- diffusion de l'outil d'enquête : Le questionnaire a été diffusé sur chaque site par les jeunes en tenant compte d'un protocole méthodologique précis. Les questionnaires ont été ensuite envoyés au sociologue pour le traitement des données.

Mai 2002 :

- deuxième rencontre transfrontalière avec les stagiaires à Charleroi : Cette deuxième rencontre a eu lieu les 22 et 23 mai 2002. Lors de l'après-midi du 22 mai, les jeunes ont pris connaissance des résultats de l'enquête. Cette réunion a été l'occasion pour eux de commenter les résultats, de les comprendre, les interroger, les assimiler. La deuxième partie de l'après midi était réservée à l'organisation de la journée du 23 mai. Les groupes de jeunes avaient pour mission de présenter leur site, la démarche de travail utilisée, la passation des questionnaires (leur ressenti, leurs difficultés etc...), ainsi que leurs perspectives de cette actions. Le sociologue était chargé quant à lui de présenter l'étude lors de la journée du 23.

Le 23 mai : Cette journée a eu lieu au Palais des expositions de Charleroi. Des invitations ont été largement diffusées auprès de partenaires tant en Belgique qu'en France. Cette journée a réuni environ 50 personnes. Dans un premier temps les groupes de jeunes ont présenté leurs exposés, ensuite le sociologue a présenté l'étude. Dans un deuxième temps, le public a pu débattre avec les jeunes et les adultes responsables du projet.

- Les perspectives énoncées lors de la journée du 23 mai 2002 :

Le groupe de Nancy :

- 1) faire un compte-rendu des résultats de l'enquête auprès des jeunes qui ont répondu au questionnaire.
- 2) Restaurer le club santé du lycée en l'élargissant à plusieurs thèmes qui pourraient être définis après une étude approfondie de l'enquête.
- 3) Mobiliser des jeunes qui vont arriver en seconde au lycée afin qu'ils participent à ce club. Ils envisagent de médiatiser l'enquête lors de manifestations diverses.
- 4) Continuer les échanges transfrontaliers entre jeunes.

Le groupe de Charleroi :

- 1) Ils envisagent de continuer a travailler avec un professeur autour de cette enquête.
- 2) Ils prévoient de présenter les résultats aux délégués de classes, aux professeurs de l'école et au directeur.
- 3) Continuer les échanges transfrontaliers entre jeunes.

Le groupe de Liège :

- 1) Ils veulent informer les professeurs et les élèves du collège sur les questions de consommation de produits.
- 2) Ils souhaitent mobiliser d'autres jeunes pour continuer l'action grâce à l'enquête.
- 3) Continuer les échanges transfrontaliers entre jeunes.

Le groupe de Metz :

- 1) Ils ont prévu de restituer les résultats de l'enquête auprès de jeunes du lycée professionnel.
- 2) Ils envisagent de préparer une journée d'actions avec les jeunes du club de prévention. Ils souhaitent utiliser des outils pour faire passer des messages (bus info car, théâtre interactif..)
- 3) Continuer les échanges transfrontaliers entre jeunes.

LA DYNAMIQUE TRANSFRONTALIERE

La plus value se situe très largement sur un plan humain, au travers de la dynamique de rencontre interculturelle mise en œuvre entre les jeunes eux-mêmes. Sur chaque région, les groupes sont très investis dans le projet. Ils ont participé aux rencontres de manière régulière et avec un intérêt très profond pour le thème.

Pour autant, les motivations de chacun sont très différentes. En effet certains veulent s'orienter vers des carrières professionnelles dans le champ social, d'autres expriment le désir de comprendre les autres, de les aider et enfin certains souhaitent que les jeunes autour d'eux (et plus largement), ne consomment pas de drogue. Lors du séminaire d'échange à Metz, nous avons vu un groupe qui a appris rapidement à se connaître, et des liens qui se sont rapidement mis en place.

Les jeunes disent leur satisfaction et leur fierté d'avoir participer à ce projet. Ils estiment avoir pu s'exprimer librement, et ont apprécié que les adultes aient été en position d'écoute. De plus, la rencontre des jeunes a permis de surmonter les différences sociales et culturelles par une meilleure connaissance des particularités de chaque groupe.

On note également, chez les jeunes, une même préoccupation en ce qui concerne les produits pouvant amener une addiction, sous la forme à la fois d'informations sérieuses et de dialogues sans tabou avec les éducateurs, les professeurs et les parents. Lors de ces rencontre, les adultes ont souligné le sérieux des jeunes qui tout au long des travaux se sont montrés sérieux, curieux des uns et des autres. Ils n'ont jamais montré aucun signe de lassitude malgré le travail important et les horaires imposés lors des séminaires.

Concernant l'aspect plus pédagogique du projet, la plus-value se situe à plusieurs niveaux :

- la mise en évidence des représentations des jeunes concernant les dépendances, tenant compte des approches culturelles, sociales, économiques de chaque pays.
- les échanges entre les jeunes des deux pays qui leur ont permis de se connaître à partir de leurs points communs mais surtout de leurs différences culturelles.
- la création d'un outil d'enquête commun aux deux pays qui va permettre de visualiser les modes de consommation propres à chaque pays, les liens communs mais aussi les singularités.
- l'outil permettra également d'envisager à terme des stratégies de prévention communes aux deux pays.

CONCLUSION :

Ce projet a été pour les promoteurs et les jeunes une réussite sous différents aspects :

➤ Pour les jeunes :

Leur participation comme auteur à une démarche de prévention a favorisé leur sens des responsabilités, le respect des autres et leur engagement vis à vis d'autres jeunes.

➤ Pour les adultes :

Le respect des jeunes dans leur démarche, dans l'ouverture du dialogue a été une priorité tout au long du projet pour finalement leur permettre lors du séminaire à Charleroi en Belgique de s'exprimer et de dialoguer avec les adultes venus pour les écouter.

Notre pari de les faire réfléchir sur leur consommation est réussi dans la mesure où ils ont le souhait de partager avec d'autres leurs expériences et réflexions. Le désir de mener des projets a pris forme et chaque groupe s'est engagé à mettre en œuvre des actions menées par les jeunes eux-mêmes.

CONCLUSION

Pour l'essentiel, les objectifs principaux de ce Programme-Cadre Interrégional 2001/2002 nous paraissent avoir été atteints :

→ Il s'agissait d'une part de favoriser les coopérations transfrontalières, et sur ce point l'ensemble des projets, dans la continuité de l'action du GEERMM-Europe depuis le milieu des années 80, a parfaitement rempli ses missions, d'une part en mobilisant de nombreux acteurs (professionnels de la toxicomanie ou non) sur le bassin Rhin Meuse Moselle, d'autre part en s'appuyant de manière permanente sur les expériences précédentes pour approfondir la réflexion (prévention « Ecole et environnement social », prévention des rechutes, réseau d'aide aux toxicomanes) ou pour mettre en chantier de nouvelles actions (prévention des comportements addictifs chez les jeunes). Sur ce dernier projet par exemple, il s'est construit à partir des conclusions d'un séminaire précédent rassemblant des professionnels autour de l'intégration de la démarche participative dans les programmes de prévention. Les lignes directrices élaborées à cette occasion indiquaient l'utilité de développer des programmes expérimentaux susceptibles d'être scientifiquement évalués, c'est ce sur quoi nous avons œuvré pour partie dans ce programme, avec le concours actif d'un sociologue.

→ Il s'agissait d'autre part de structurer ces coopérations transfrontalières. Cet enjeu renvoie naturellement à l'élaboration et au maintien d'une dynamique relevant plus d'un investissement sur le long terme, au sens propre d'une politique de développement de réseau largement soutenue par le GEERMM-Europe sur son espace géographique. L'expérience actuelle, confirmée encore une fois par les résultats de ce Programme-Cadre, montre que cet objectif est également atteint au regard de la mobilisation toujours active de nombreux partenaires de la zone transfrontalière concernée. Il faut noter aussi qu'au travers de cet objectif global, le GEERMM-Europe pose comme enjeu une stratégie de décloisonnement du champ professionnel délimité par les problèmes de dépendances (de la prévention aux soins

et à la prévention de la rechute), en faisant travailler ensemble des spécialistes et des non spécialistes de l'intervention en toxicomanie, autour des questions de drogues, de réduction de la demande et d'accession à un haut niveau de santé pour l'ensemble des citoyens européens. A ce titre, le nombre et la diversité des partenaires impliqués tout au long de ce Programme est un encouragement à la poursuite de cette large ambition sociale et sanitaire.

Parallèlement à un important travail de terrain dans la réalisation de ces différents projets, les responsables du GEERMM-Europe ont continué à participer à des collaborations régulières avec d'autres réseaux européens actifs autour de ces questions. D'une part au travers d'une réflexion stratégique globale visant à organiser des collaborations de manière plus structurée. D'autre part en participant ponctuellement à différentes manifestations, colloques ou séminaires relatifs à des questions communes.

De plus, comme nous nous y étions conventionnellement engagés, le projet de formation intitulé « Ecole et Environnement Social en Europe » a vu se concrétiser une collaboration active avec le réseau T3E (Toxicomanies Europe Etudes Echanges) pour un apport d'éclairages européens plus élargis, par la participation notamment d'intervenants portugais et danois et l'intervention de son coordinateur pour une réflexion plus globale.

De manière générale, le GEERMM-Europe, par son Conseil d'Administration et son Conseiller Scientifique, s'accorde à souligner les résultats positifs et encourageants de ce Programme-Cadre, tant en ce qui concerne la mobilisation active de ses nombreux partenaires du bassin transfrontalier Rhin Meuse Moselle, spécialisés ou non dans le champ des drogues, qu'en ce qui concerne une dynamique permanente sur notre secteur géographique de référence, portée par des valeurs résolument humanistes au service de la construction patiemment élaborée d'une Europe sociale.

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.