

**Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België**

Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs

- 25 januari 2010 -

## INHOUDSTAFEL

## INHOUDSTAFEL

1. Een Gemeenschappelijke Verklaring
  - 1.1. Context
  - 1.2. Doelstelling
2. De antecedenten van het Belgisch drugsbeleid
  - 2.1. De krachtlijnen bepaald door de parlementaire werkgroep «drugs»
  - 2.2. Het antwoord in de federale drugsnota 2001
  - 2.3. Het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid (2 september 2002)
    - 2.3.1. De doelstellingen
    - 2.3.2. De opdrachten
3. Belangrijkste initiatieven in het drugsbeleid sinds de ondertekening van het samenwerkingsakkoord, 2002
  - 3.1. Federale Overheid : Volksgezondheid
    - 3.1.1. Zorgcoördinator middelenmisbruik
    - 3.1.2. Dubbele diagnose
    - 3.1.3. Crisiseenheid en case manager
    - 3.1.4. Campagnes betreffende benzodiazepines
    - 3.1.5. Koninklijk Besluit ter reglementering van de vervangingsbehandelingen
    - 3.1.6. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs
    - 3.1.7. Cannabis
    - 3.1.8. Pilotproject medische behandeling door middel van diacetylmorfine
    - 3.1.9. Tabak
    - 3.1.10. Fonds ter bestrijding van de verslavingen
    - 3.1.11. Cocaïne
    - 3.1.12. Alcohol
    - 3.1.13. Internationaal
    - 3.1.14. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
  - 3.2. Sociale Zaken (RIZIV)
  - 3.3. Binnenlandse Zaken
    - 3.3.1. Directie Lokale Integrale Veiligheid
    - 3.3.2. Federale Politie
  - 3.4. Justitie
    - 3.4.1. Omzendbrieven
    - 3.4.2. Ten aanzien van druggebruikers en verslaafden
    - 3.4.3. Penitentiair drugsbeleid
    - 3.4.4. Aanpak van de illegale productie, distributie en handel van drugs
    - 3.4.5. De grensoverschrijdende drugsproblematiek en internationale samenwerking
  - 3.5. Federaal Wetenschapsbeleid
    - 3.5.1. Inleiding
    - 3.5.2. Ontstaan van het onderzoeksprogramma
    - 3.5.3. Kenmerken van het onderzoeksprogramma
    - 3.5.4. Overzicht van de onderzoekscontracten (2002-)
  - 3.6. Mobiliteit
    - 3.6.1. Rijden onder invloed van drugs
      - 3.6.1.1. Preventie
      - 3.6.1.2. Staten-generaal
      - 3.6.1.3. Handhaving - wetgeving : nieuwe initiatieven
    - 3.6.2. Rijden onder invloed van alcohol
      - 3.6.2.1. Preventie
      - 3.6.2.2. Bob in Europa
      - 3.6.2.3. Staten-Generaal
      - 3.6.2.4. Handhaving - wetgeving : nieuwe initiatieven
      - 3.6.2.5. Alcoholslot als sanctie
    - 3.6.3. Rijden onder invloed van medicatie
  - 3.7. Werk
    - 3.7.1. Tabaksbeleid
    - 3.7.2. Alcohol- en drugsbeleid
    - 3.7.3. Verdere aanpak van verslavingen door productgebruik op de werkplaats
      - 3.7.3.1. Tabaksbeleid
      - 3.7.3.2. Alcohol- en drugbeleid

- 3.8. Vlaamse Overheid : Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- 3.9. Vlaamse Overheid : Vlaamse Regering
  - 3.9.1. Beleidvisie
    - 3.9.1.1. Probleemstelling
    - 3.9.1.2. Gezondheidsdoelstellingen
    - 3.9.1.3. Internationale aanbevelingen
    - 3.9.1.4. Een integrale, beleidsmatige aanpak voor Vlaanderen
    - 3.9.1.5. Afstemming tussen verschillende bevoegdheden
  - 3.9.2. Sectoren en doelgroepen
  - 3.9.3. Krachtlijnen voor actie
- 3.10. Franse Gemeenschap
  - 3.10.1. Bevoegdheden
  - 3.10.2. Bronnen
  - 3.10.3. Acties
- 3.11. Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
  - 3.11.1. Bevoegdheden
  - 3.11.2. Bronnen
  - 3.11.3. Acties
- 3.12. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- 3.13. Duitstalige Gemeenschap
  - 3.13.1. Bevoegdheden
  - 3.13.2. Bronnen
  - 3.13.3. Acties
- 3.14. Waals Gewest
  - 3.14.1. Bevoegdheden
  - 3.14.2. Bronnen
  - 3.14.3. Acties
- 4. Principes en operationalisatie
  - 4.1. Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid
  - 4.2. Preventie
    - 4.2.1. Preventie op het vlak van de gezondheid
    - 4.2.2. Sociale preventie : werk
      - 4.2.2.1. Tabaksbeleid
      - 4.2.2.2. Alcohol- en drugbeleid
    - 4.2.3. Preventie van druggerelateerde maatschappelijke overlast
  - 4.3. Hulpverlening
  - 4.4. Repressie
  - 4.5. Wetenschappelijk onderz
  - 4.6. Internationaal

## 1. Een Gemeenschappelijke Verklaring

### 1.1. Context

Het Belgisch drugbeleid is, in de geëxpliciteerde vorm, een tiental jaren oud. De fundamenten zijn gelegd door de parlementaire werkgroep «Drugs» die er in 1996-1997 voor koos om, via een bottom-up benadering, de analyses, noden en verzuchtingen van het werkveld in de onderscheiden sectoren, te vertalen in het beleid.

De parlementaire werkgroep zette de krachtlijnen uit voor een geïntegreerd en globaal drugbeleid. Een geïntegreerde benadering waarbij alle bevoegde actoren, elk vanuit hun specificiteit en finaliteit, op een gecoördineerde wijze werken aan de realisatie van de beleidsdoelstellingen, vereist beleidsafstemming. In de realiteit van de Belgische institutionele context, waarbij de bevoegdheden voor de diverse componenten van het drugsbeleid conform de staatsvorming verdeeld zijn over tal van Federale-, Gemeenschaps- en Gewestministers, is een horizontale- en verticale beleidsafstemming essentieel om tot de vooropgestelde integrale benadering van het drugsfenomeen te komen.

De federale drugsnota van 2001 - het antwoord van de uitvoerende macht op de aanbevelingen van het parlement - heeft de vaststellingen en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep «drugs» grotendeels overgenomen. De Gemeenschappen en Gewesten werden betrokken bij het opstellen van de federale drugsnota.

Na de goedkeuring van de nota werden allerlei maatregelen getroffen op verschillende beleidsniveau's. Eén van de belangrijkste maatregelen is de ondertekening van het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid in september 2002. Het akkoord geeft de federale Minister van Volksgezondheid het mandaat de uitvoering van het akkoord te coördineren.

Het akkoord vereiste instemming door alle bevoegde wetgevende organen. De laatste instemming werd gegeven in september 2008.

Begin 2009 is de federale Minister van Volksgezondheid de operationalisatie van het akkoord gestart door de oprichting van de Algemene Cel Drugsbeleid (ACD) en de Interministeriële Conferentie Drugs (IMC DRUGS). Eén van de eerste opdrachten van de Algemene Cel Drugsbeleid was het opstellen van voorliggende Verklaring. Deze Verklaring werd goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 25 januari 2010.

## 1.2. Doelstelling

Het Samenwerkingsakkoord is het basisdocument voor de Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Drugs. Dit akkoord formuleert de taken voor de Cel en de Conferentie.

Artikel 1, punt 5 formuleert volgende opdracht voor de IMC: De uitwerking van overlegde beleidsplannen met het oog op een globaal en geïntegreerd drugsbeleid'. Deze Verklaring wenst uitvoering te geven aan deze opdracht.

De ACD vervult een aantal door de wet vastgelegde taken, met name:

1. Een gedetailleerde, volledige en bijgewerkte inventaris laten opmaken van alle bij de drugproblematiek betrokken actoren.
2. Gemotiveerde maatregelen voorstellen om alle gevoerde of geplande acties van de bevoegde openbare diensten en besturen en van de ondertekenende partijen op elkaar af te stemmen en om de doeltreffendheid van die acties te vergroten
3. Gemotiveerde adviezen en aanbevelingen uitbrengen over de realisatie van de afstemming van het drugbeleid.
4. Samen met het Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, een evaluatie maken van:
  - a) De kwaliteit van de gegevens en de informatie die door de ondertekenende partijen en de openbare diensten en besturen aan de Algemene Cel worden bezorgd
  - b) De snelheid van uitwisseling van informatie tussen de overheden, de bevoegde organismen en de Algemene Cel.
5. Samenwerkingsakkoorden of protocollen voorbereiden en voorstellen ter uitvoering van geïntegreerde acties.
6. De rapporten voor de Interministeriële Conferentie en voor de internationale organisaties voorbereiden.
7. Het stimuleren van overleg en het voorstellen aan de Interministeriële Conferentie van een gezamenlijk Belgisch standpunt op Europese en internationale drugsfora.
8. Het formuleren van aanbevelingen en voorstellen met betrekking tot de inhoud en de uitvoering van de beleidsnota's inzake drugs opgesteld door de ondertekenende partijen.

De hoofdplicht van de ACD is te waken over het geïntegreerd en globaal drugsbeleid.

In die zin biedt de ACD een platform voor beleidsafstemming tussen alle bevoegde actoren in de onderscheiden domeinen van het drugsbeleid.

De ACD staat open voor vragen tot advies uitgaande van alle bevoegde actoren in het drugsbeleid, zowel naar illegale- als naar legale middelen.

De ACD kan ook op eigen initiatief alle aspecten van het Belgisch drugsbeleid onderzoeken en hierover een gemotiveerd advies overmaken aan de IMC drugs en aan de bevoegde Minister(s).

Deze Verklaring bevat, na deze inleiding, nog drie delen. Een eerste deel beschrijft de antecedenten van het Belgisch drugsbeleid. Een tweede deel geeft een overzicht van de acties en/of beleidsprincipes van de betrokken Ministers sinds de goedkeuring van de federale beleidsnota drugs 2001. Een derde deel verzamelt de beleidsalternatieven die de bevoegde Ministers, in de onderscheiden domeinen van het drugsbeleid, nemen.

## 2. De antecedenten van het Belgisch drugsbeleid

### 2.1. De krachtlijnen bepaald door de parlementaire werkgroep «drugs» (1)

Een duidelijke keuze voor een geïntegreerd drugsbeleid dat vertrekt van een globale of integrale benadering van het drugsfenomeen. Preventie geniet de hoogste prioriteit, gevolgd door hulpverlening voor wie in de problemen komt met middelengebruik. De repressie richt zich in eerste instantie naar de drugsproductie en de drugshandel. Alhoewel druggerelateerde criminaliteit niet verschoond wordt, geldt, ten aanzien van de druggebruiker, het principe dat de strafrechtelijke interventie als een «ultimum remedium» wordt beschouwd.

- Een geïntegreerde globale benadering vertrekt van de noodzaak aan samenwerking en coördinatie tussen de verschillende actoren. De versnippering van bevoegdheden over de federale, Gemeenschaps- en Gewest-, provinciale- en lokale beleidsniveaus vereist zowel een verticale- als een horizontale beleidsafstemming.

- De versnipperde financiering door de verschillende beleidsniveaus is een probleem.

- Op het vlak van epidemiologie en evaluatie is er nood aan systematisch bevolkingsonderzoek waarbij ook specifieke risicogroepen worden onderzocht en kwantitatieve gegevens worden gecontextualiseerd met kwalitatieve onderzoeksbevindingen.

- Een uniforme registratie binnen de drughulpverlening aangevuld met gegevens uit de strafrechtsbedeling moet toelaten om de omvang van het problematisch druggebruik in te schatten.

- De preventie heeft tot doel: het ontraden en terugdringen van het druggebruik, zowel legale- als illegale drugs, en het afremmen van het aantal nieuwe druggebruikers. Dit dient te gebeuren door een brede waaier van voorzieningen waarbij zowel persoonsgerichte- (algemene gezondheids promotie en -opvoeding, de verhoging van sociale vaardigheden en het leren omgaan met risico's) als structurele (kansarmoedebestrijding, sociaal beleid) aard.

- Er is dringend nood aan een volwaardig statuut voor de professionele preventiewerkers, dit om de continuïteit van de werkvorm en de deskundigheidsbevordering te waarborgen.

- De hulpverlening aan probleemgebruikers van legale- en illegale drugs moet «zorg op maat» zijn. Daarom is er nood aan een brede waaier van voorzieningen gaande van laagdrempelige, schadebeperkende initiatieven tot en met hoogdrempelige, drugvrije therapeutische programma's.

- De voorzieningen moeten op elkaar aansluiten, goed gecoördineerd worden en kunnen terugvallen op een goed uitgebouwd registratiesysteem. Vermits in de drughulpverlening gekozen wordt voor een multidisciplinaire aanpak, dient de gespecialiseerde drughulpverlening geïntegreerd in het bestaande netwerk van sociale en medische voorzieningen. Op regionaal niveau dienen er netwerken worden ontwikkeld. Het principe is dat wie hulp vraagt dit doet uit vrije wil. Een drangbehandeling - bv. justitiële drang - kan, dwangbehandeling is te vermijden.

- De samenwerking tussen justitie en hulpverlening dient te steunen op wederzijds respect voor elkaars finaliteit en rekening te houden met de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt (beroepsgeheim). Risicobeperkende initiatieven moeten worden gestimuleerd. De uitbouw van de nulde en eerste lijn vertrekt van de vaststelling dat gemarginaliseerde druggebruikers, die gene of weinig contact hebben met de hulpverlening, verhoogd risicogedrag vertonen. Harm reduction initiatieven gaan over meer dan substitutiebehandeling. Er is ook de medische- en psychologische begeleiding en is de sociale reïntegratie via o.a. tewerkstelling. Bij de substitutiebehandeling dienen ook de hulpverleners uit de eerste lijn (huisartsen, psychiaters, apothekers en gezondheidscentra) betrokken. Daarbij dient er gezorgd voor vorming van deze hulpverleners, moeten ze steun krijgen vanuit de MSOC's en dienen ze opgenomen in het registratiesysteem van de methadonverstrekking.

- De aanpak van de illegale drugsproductie en -drugshandel geniet de hoogste prioriteit op repressief vlak.
- België schakelt zich ook in dit verband, in in het Europees drugsbeleid. Ook al blijft het bezit van alle illegale drugs strafbaar, de strafrechtelijke interventie ten aanzien van de druggebruiker vertrekt vanuit de ultimium remedium-filosofie. Is er druggerelateerde criminaliteit gepleegd dan wordt gekeken naar zowel de zwaarwichtigheid van de feiten als naar de individuele toestand van de betrokkene. Druggerelateerde criminaliteit die uit louter winstbejag wordt gepleegd dient repressief te worden aangepakt. Dat ligt anders met de druggerelateerde criminaliteit die druggebruikers plegen om in hun behoeften te voorzien.
- Het strafrechtelijk beleid staat voor een gedifferentieerde aanpak van problematische druggebruikers die zich schuldig maken aan druggerelateerde criminaliteit. Op elk echelon van de strafrechtsketen (vervolgning, straftoemeting, strafuitvoering) zijn mogelijkheden voorhanden om, voor zover gewenst en in overeenstemming met de beleidslijnen, problematische gebruikers naar de hulpverlening te oriënteren.
- Er dient ook een onderscheid te worden gemaakt tussen het bezit met het oog op eigen gebruik van cannabis en van andere illegale drugs. Aan het eerste wordt de laagste vervolgingsprioriteit gegeven, tenzij er maatschappelijke overlast wordt veroorzaakt of het gaat om een problematisch gebruiker. Gegeven de omvang van het druggebruik is er nood aan een penitentiair drugsbeleid. Daarbij dienen heroïneverslaafde gedetineerden toegang te hebben tot substitutiebehandelingen. De diverse modaliteiten van de tenuitvoerlegging en van de onderbreking van de strafuitvoering kunnen worden aangewend om problematische druggebruikers naar de hulpverlening te oriënteren.
- Een lokaal geïntegreerd drugsbeleid, dat alle sectoren verenigt, is het aangewezen antwoord op lokale drugsoverlast.

## 2.2. Het antwoord in de federale drugsnota 2001

- In de federale drugsnota worden de uitgangspunten, zoals geformuleerd in de vaststellingen en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep «drugbeleid», overgenomen.
- De federale drugsnota stelt dat: «Het aangewezen is dat de op te richten cel Drugbeleid (een beleidsondersteunend orgaan dat de verschillende bevoegde beleidsniveaus groepeerd) doelen formuleert die door de verschillende beleidsniveaus gedeeld worden en deze doelen concretiseert in indicatoren. Gekoppeld aan een degelijke epidemiologie laat dit toe de toekomstige beleidsmaatregelen te evalueren».
- De federale drugsnota bevat actiepunten, gegroepeerd in vijf hoofdstukken: een geïntegreerde, globale benadering, evaluatie, epidemiologie en onderzoek, preventie, zorgverlening, risicobeperking en herintegratie en repressie.
- In het hoofdstuk: «een geïntegreerde, globale benadering» worden de samenstelling, de doelstellingen, de opdrachten en de werkwijze van de cel «Drugbeleid» voorgesteld.

Het doel is de realisatie van een globaal, geïntegreerd drugbeleid. De Cel Drugbeleid zal dan ook samengesteld zijn uit vertegenwoordig(st)ers van alle bevoegde overheden (de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten). De Cel Drugbeleid zal geleid worden door een drugcoördinator/drugcoördinatrice, die de bevoegdheid heeft om het drugbeleid te coördineren. De Cel Drugbeleid ondersteunt en adviseert de bevoegde overheden en de Interministeriële Conferentie Drugbeleid, die kan samengeroepen worden door elke participerende overheid en door een aantal andere Interministeriële Conferenties.

De Federale Regering heeft in dit verband een ontwerp van samenwerkingsakkoord (Federale Staat - Gemeenschappen - Gewesten) opgemaakt. De ondertekenende partijen verbinden zich er toe hun drugbeleid in overleg op elkaar af te stemmen op basis van een aantal expliciete doelstellingen. De autonome bevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten worden gerespecteerd. Er zullen dus regionale verschillen in visie en praktijk (blijven) bestaan.

## 2.3. Het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid (2 september 2002) (2)

### 2.3.1. De doelstellingen

1. Het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van de drugproblematiek, rekening houdend met persoonsgebonden, nationale, culturele en andere eigenheden;
2. De continue preventie en ontrading van druggebruik en het beperken van de schade verbonden aan dit druggebruik;
3. De optimalisering en diversifiëring van het hulpverlenings- en behandelingsaanbod ten aanzien van drugverslaafden;
4. De betugeling van de illegale productie van en de illegale handel in drugs;
5. De uitwerking van overlegde beleidsplannen met het oog op een globaal en geïntegreerd drugsbeleid;
6. De voorbereiding van elke vorm van overleg in het kader van de vertegenwoordiging van België op Europese en internationale drugsfora.

### 2.3.2. De opdrachten

- Een gedetailleerde, volledige en bijgewerkte inventaris laten opmaken van alle bij de drugproblematiek betrokken actoren.
- Gemotiveerde maatregelen voorstellen om alle gevoerde of geplande acties van de bevoegde openbare diensten en besturen en van de ondertekenende partijen op elkaar af te stemmen en om de doeltreffendheid van die acties te vergroten.
- Gemotiveerde adviezen en aanbevelingen uitbrengen over de realisatie van de afstemming van het drugbeleid.
- Samen met het Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, een evaluatie maken van :
  - a) de kwaliteit van de gegevens en de informatie die door de ondertekenende partijen en de openbare diensten en besturen aan de Algemene Cel worden bezorgd;
  - b) de snelheid van uitwisseling van informatie tussen de overheden, de bevoegde organismen en de Algemene Cel.
- Samenwerkingsakkoorden of protocollen voorbereiden en voorstellen ter uitvoering van geïntegreerde acties.
- De rapporten voor de Interministeriële Conferentie en voor de internationale instanties voorbereiden.
- Het stimuleren van overleg en het voorstellen aan de Interministeriële Conferentie van een gezamenlijk Belgisch standpunt op Europese en internationale drugsfora.
- Het formuleren van aanbevelingen en voorstellen met betrekking tot de inhoud en de uitvoering van de beleidsnota's inzake drugs opgesteld door de ondertekenende partijen.

In het kader van de vermelde opdrachten kan de Cel Drugbeleid overleg plegen met alle bevoegde diensten en administraties en hen met name verzoeken haar informatie te verstrekken. De Cel Drugbeleid kan een beroep doen op de medewerking van deskundigen en verenigingen of instellingen die zich toeleggen op de drugproblematiek en overlegt met de vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties.

### **3. Belangrijkste initiatieven in het drugsbeleid sinds de ondertekening van het samenwerkingsakkoord, 2002**

#### **3.1. Federale Overheid : Volksgezondheid**

De Federale Overheid Volksgezondheid realiseert verschillende initiatieven ter uitvoering van de Federale Beleidsnota Drugs en in het kader van de beleidsplannen van de bevoegde Minister.

##### **3.1.1. Zorgcoördinator middenmisbruik**

Dit pilootproject beoogt de implementatie van de functie van zorgcoördinator binnen de overlegplatforms geestelijke gezondheid m.b.t. de zorg aan personen met middelengerelateerde stoornissen. De functie van zorgcoördinator bestaat erin het overleg voor de doelgroep op provinciaal niveau te vergemakkelijken, met name door alle nodige en bij het overleg betrokken actoren rond de tafel samen te brengen.

Het einddoel is het creëren van zorgcircuits voor de doelgroep van personen met middelengerelateerde stoornissen.

Het overleg moet minstens alle instellingen en diensten rond de tafel brengen die deel uitmaken van de groep binnen de provincie voor zover ze een relevant zorgaanbod voor de desbetreffende doelgroep organiseren.

Het gaat o.a. om de algemene ziekenhuizen die beschikken over een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling, de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de diensten of centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, de inrichtende machten voor Initiatieven Beschut Wonen, andere actoren die beschikken over voorzieningen, met een RIZIV-overeenkomst en die als doel hebben een specifiek aanbod te organiseren voor de doelgroep in de Geestelijke Gezondheidszorg. Diverse andere lokale of regionale specifieke zorgeenheden kunnen vanzelfsprekend aan deze lijst worden toegevoegd.

In 2002 hebben de Overlegplatformen Geestelijke Gezondheidszorg een oproep gedaan aan alle provincies in België, aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Duitstalige Gemeenschap om deel te nemen aan het pilootproject. Uiteindelijk hebben 9 van de 15 overlegplatformen ervoor geopteerd mee te werken, elk onderverdeeld in een provincie, uitgezonderd de provincie Namen die niet van in het begin heeft deelgenomen. Dit overlegplatform neemt wel deel aan het project sinds 2005. Ook het platform van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest neemt deel sinds 2007.

Sinds het begin van dit pilootproject is er een evolutie vast te stellen in de doelstellingen die tijdens de vorige jaren gedefinieerd werden: het aantal formele overeenkomsten stijgt, de ontwikkeling van een duidelijke visie en het vastleggen van doelstellingen als belangrijk werkinstrument zijn ingeburgerd, het aantal types van relevante actoren die aan het overleg deelnemen neemt toe, en de consensus tussen deze actoren over het basisconcept van zorgcircuits en -netwerken groeit.

Omwille van de verschillende evoluties in de provincies werd in 2009 een individueel luik toegevoegd aan elke overeenkomst, om de overlegplatforms de mogelijkheid te bieden adequater aan hun regionale behoeften te voldoen.

In 2010 wordt de financiering verdergezet in functie van een incorporatie van de functie zorgcoördinatie in de overlegplatforms.

##### **3.1.2. Dubbele diagnose**

In uitvoering van de Federale Beleidsnota Drugs werd tevens een pilootproject Intensieve behandeling van patiënten met een dubbele diagnose gelanceerd voor twee eenheden dubbele diagnose. Het eigene aan deze eenheden is dat zij een intensieve en geïntegreerde behandeling aanbieden met een personeelsomkadering van 17 VTE voor 10 bedden aan personen die een dubbele problematiek vertonen, zijnde een probleem van druggebruik en een psychotische stoornis. Dit pilootproject heeft tot doel de haalbaarheid na te gaan van de eenheden intensieve behandeling voor patiënten met middelengerelateerde stoornissen die ook beantwoorden aan de criteria voor psychotische stoornissen van de DSM-IV.

In 2002 werden twee pilootprojecten geselecteerd. Om van dit zorgaanbod te kunnen genieten, moeten de patiënten een middelengerelateerde en een psychotische stoornis vertonen. Het einddoel van de gespecialiseerde behandeling bestaat erin de patiënt na een beperkte periode van intensieve behandeling (6 maanden met een maximale verlenging van 6 maanden) minstens te stabiliseren en vooral de patiënt, in onderling overleg, naar andere ambulante of residentiële centra door te verwijzen teneinde de verdere zorgverlening te kunnen waarborgen.

Het project werd geëvalueerd door een universitaire equipe, gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid. Ook de Minister van Volksgezondheid heeft een vervolg van deze studie gefinancierd.

In het algemeen hebben de evaluatieresultaten aangetoond dat het pilootproject doeltreffend is, meer bepaald betreffende het psychische functioneren, het algemene functioneren, het middelengebruik en de levenskwaliteit van de patiënt.

De evaluatie heeft eveneens het nut aangetoond van de nieuwe functie van de case-manager, die de oriëntering van de patiënt faciliteert, permanent de samenwerking binnen het netwerk bevordert en die communiceert over de werking van de eenheid. De doorverwijzing van de patiënt en de samenwerking binnen het netwerk blijven inderdaad de voornaamste moeilijkheden die bij de opvang van dit soort patiënten voorkomen.

Op basis van deze resultaten werden elementen van het model aangepast.

##### **3.1.3. Crisiseenheid en case manager**

De projecten Crisiseenheden en Case manager, zoals geformuleerd in de Federale Beleidsnota 2001, werden in één project samengebracht teneinde over bijkomende financiële middelen te kunnen beschikken en een eenheid per provincie te kunnen ontwikkelen.

Dit pilootproject heeft tot doel in de bestaande zorginstellingen een specifieke crisiseenheid voor druggebruikers te integreren teneinde de verwachtingen en behoeften van de desbetreffende patiënten duidelijk en snel in kaart te brengen, de diagnose te verfijnen en de opvang op middellange termijn efficiënt te organiseren. Dit project richt zich enkel tot patiënten die symptomen vertonen die duidelijk verband houden met het gebruik van een psychoactieve substantie en die zich in een crisissituatie bevinden.

De organisatie van het project is gericht op een ziekenhuisopname van korte duur (maximum 5 dagen) vanuit de spoedgevallendienst. Bovendien kan de patiënt met zijn goedkeuring op lange termijn door de case manager worden begeleid die zal zorgen voor de coördinatie van de hulpverlening die door de verschillende partners en externe zorginstellingen wordt aangeboden. De case manager verzekert de zorgcontinuïteit tijdens en na opname van de patiënt in de crisiseenheid.



In december 2002 werden twee verschillende modellen van crisiseenheden gefinancierd. Drie eenheden (genoemd : geïntegreerde eenheden) hebben zes bedden ter beschikking voor algemeen crisispsychiatrische hulpverlening én hulpverlening voor personen met een middelengerelateerde crisis. Zes andere eenheden (genoemd : specifieke eenheden) bieden uitsluitend hulpverlening voor personen met een middelengerelateerde crisis. In 2005 werd één overeenkomst stopgezet. In 2008 werd een nieuwe eenheid opgestart in de provincie Henegouwen. In 2009 ontvingen 9 ziekenhuizen (7 specifieke eenheden en 2 geïntegreerde eenheden) een financiering in het kader van dit project.

In het kader van het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs van Federaal Wetenschapsbeleid wordt in 2008-2009 het pilootproject, met inbegrip van alle andere vormen van crisisopvang, geëvalueerd door wetenschappelijke equipes.

### 3.1.4. Campagnes betreffende benzodiazepines

De Federale Overheid Volksgezondheid neemt sinds 2002 initiatieven voor een verantwoord gebruik van slaap- en kalmeermiddelen ter uitvoering van de Federale Beleidsnota Drugs 2001 : «Er zal tevens een preventiecampagne opgezet worden om de bevolking te wijzen op de gevaren van benzodiazepines (waaronder verkeersrisico's)».

De Federale Overheid Volksgezondheid heeft in een eerste fase een algemene informatiecampaagne inzake slaap- en kalmeermiddelen gevoerd gericht op de gehele bevolking (via TV, radio, folders). De jaren na deze algemene informatiecampaagne richtte de campagne zich vooral op de persoonlijke interactie tussen de zorgverlener (in dit geval huisartsen en apothekers) en de patiënt door de betrokken beroepsgroepen informatie te geven en hulpmiddelen aan te reiken om patiënten te begeleiden die specifieke vragen hebben over het gebruik of de afbouw van het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen.

Hiervoor werden volgende zaken ontwikkeld :

- folders en affiches die verspreid werden onder alle huisartsen en apothekers om in hun wachtkamer/ officina te leggen of mee te geven met patiënten;

- een hulpmiddelenboek voor huisartsen en apothekers met informatie over slaap- en kalmeermiddelen, alternatieven, afbouw en motivationele gespreksvoering;

- interactieve trainingen voor huisartsen en apothekers in kleine groep inzake het begeleiden van patiënten die specifieke vragen hebben over het gebruik of de afbouw van slaap- en kalmeermiddelen die begeleid worden door een duo (huisarts en psycholoog). Het hulpmiddelenboek dient hierbij als basismateriaal voor deze trainingen. Een tweede doel van deze trainingen is een meer verantwoord voorschrijfgedrag van de huisartsen inzake benzodiazepines. In 2007 werd een evaluatieonderzoek uitgevoerd, dat de verdere acties in de campagne mede heeft gestuurd.

Anno 2009 hebben ongeveer 4.000 huisartsen en alle apothekers een training gevolgd.

In december 2009 werd een nieuwe campagne gelanceerd, die specifiek gericht is naar de niet-gebruiker en de recente gebruiker. Deze campagne bevat een TV-Spot, folders over angst-, stress- en slaapproblemen en de verspreiding van een slogan op broodzakken. Alle informatie over deze, en voorgaande campagnes en vormingen is [www.health.fgov.be/benzo](http://www.health.fgov.be/benzo).

### 3.1.5. Koninklijk Besluit ter reglementering van de vervangingsbehandelingen

De Ministers van Volksgezondheid hebben, sinds de Federale Beleidsnota Drugs 2001 bijgedragen tot de reglementering van de vervangingsbehandelingen met als doel de rechtszekerheid te vergroten en een kader aan te reiken voor het voorschrijven en toedienen van vervangingsbehandelingen. Twee koninklijke besluiten werden gepubliceerd : het «Koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen» en het «Koninklijk besluit van 6 oktober 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen». Deze twee wetteksten bepalen de voorwaarden voor de behandeling met vervangingsmiddelen in ons land. In het kader van de reglementeringen van de behandelingen dient tevens een registratiesysteem ontwikkeld te worden in functie van (a) het vermijden van medical shopping en (b) het in kaart brengen van de voorschriften en het profiel van de patiënten. Een werkgroep, onder voorzitterschap van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, werd in 2009 belast met een evaluatie van de verschillende onderdelen van het KB en met het uitwerken van een optimalisatie. Een geoptimaliseerde versie van het KB is gepland voor 2010.

### 3.1.6. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs

De Cel Gezondheidsbeleid Drugs (CGD) werd opgericht in juni 2001, volgend op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 30 mei 2001, waar de verschillende ministers een protocolakkoord hebben ondertekend. In dit protocol, verbinden zij zich ertoe om "zonder afbreuk te doen aan hun eigen bevoegdheden (...) hun beleid inzake preventie van het gebruik van bewustzijnsbeïnvloedende middelen (hierna « drugs » genoemd) en hulpverlening aan mensen met druggerelateerde gezondheidsproblemen, in overleg op elkaar af te stemmen. »

De doelstellingen van de CGD zijn : het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van de drug- en drugverslavingsproblematiek; de continue preventie van het drugmisbruik en het beperken van de schade hieraan verbonden; de optimalisering van het hulpverlenings- en behandelingsaanbod van drugverslaafden; en de uitwerking van overlegde beleidsplannen met het oog op een geïntegreerd gezondheidsbeleid inzake drugs.

De CGD vergadert maandelijks en heeft verschillende beleidsdocumenten voorbereid, met name het Protocolakkoord betreffende de registratie van de behandelingsaanvragen via de operationalisatie van de Europese Treatment Demand Indicator, en de Gemeenschappelijke Verklaring inzake het toekomstige alcoholbeleid (zie ook punt 3.1.12). Beide documenten zijn goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Daarnaast rapporteert zij over haar werkzaamheden in jaarlijkse en driejaarlijkse activiteitenrapporten. Zij formuleerde ook enkele adviezen ten behoeve van de Ministers van Volksgezondheid, met name betreffende pill testing, chillers en cocaïne.

Het secretariaat van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs wordt verzorgd door de FOD VVVL.

### 3.1.7. Cannabis

Sinds 2004 financiert de federale overheid Volksgezondheid het Belgische luik van de INCANT studie. INCANT is de afkorting van International Cannabis Need of Treatment en omvat de evaluatie en implementatie van een Multi Dimensional Family Therapy (MDFT) in 5 Europese landen (België, Duitsland, Frankrijk, Nederland en Zwitserland). Deze behandeling is een gespecialiseerde, multidimensionale gezinstherapie voor adolescenten met een cannabisgebruik of -afhankelijkheid. De eindresultaten van deze studie worden verwacht in 2010.

### 3.1.8. Pilotproject medische behandeling door middel van diacetylmorfine

In 2007 bevestigden de Ministers van Justitie en Volksgezondheid hun engagement voor het starten van een pilotproject rond de medische behandeling door middel van diacetylmorfine in de Stad Luik. Dit project beoogt de evaluatie van (a) de meerwaarde van dit soort behandeling ten aanzien van de behandeling door middel van methadone en (b) de haalbaarheid voor de implementatie van deze behandeling in België. Het project wordt wetenschappelijk geëvalueerd door de Universiteit de Liège. De eindresultaten van het project zijn voorzien voor 2012.

### 3.1.9. Tabak

Het federaal plan betreffende de bestrijding van het tabaksgebruik werd goedgekeurd en uitgevoerd in de legislatuur 2003-2007. In het kader van dit plan werd de strijd tegen tabaksgebruik in België op een globale manier benaderd om zo op een effectieve manier het tabaksgebruik in ons land terug te dringen.

De belangrijkste acties die ondernomen zijn in dit plan zijn de volgende :

Het Koninklijk Besluit van 13 december 2006 betreffende het rookverbod op openbare plaatsen reglementeert, sinds 1 januari 2006, in alle publieke ruimten het gebruik van tabak. Het algemeen principe is het totale rookverbod in gesloten publieke ruimten. Uitsluitend enkele cafés beschikken nog over de mogelijkheid om een rokersruimte te installeren. Wat betreft etikettering dragen alle pakjes sigaretten die verkocht worden in België verplicht een gecombineerde waarschuwing (een foto of een andere illustratie gecombineerd in een tekst) en dit sinds 10 juni 2007. Het verbod van verkoop van tabak aan jongeren onder de zestien jaar is van toepassing sinds december 2005. Dit verbod is gecombineerd met een verplichting van de installatie van een vergrendeld systeem van automatische toestellen voor tabaksverkoop. Rookstopbegeleidingen voor zwangere vrouwen en hun partner bij een tabakoloog worden sinds 1 september 2005 terugbetaald.

Via de programmawet van 22 december 2003 werd een tabaksfonds opgericht. De voorwaarden voor de aanwending van de middelen van dit Fonds werden vastgesteld via de KB's van 23 augustus 2004 en 31 mei 2005. Sindsdien werd het Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik geïntegreerd in het Fonds ter bestrijding van de verslavingen. Dit Fonds wordt gereguleerd door het KB van 18 december 2008 tot vaststelling van de nadere regels voor financiering door het Fonds tot bestrijding van verslavingen.

Er zijn ook nieuwe maatregelen genomen tijdens de legislatuur 2007-2011 :

De wet van 22 december 2009 betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook voorziet een rookverbod vanaf 1 januari 2010 in alle afgesloten publieke ruimtes, de werkplaats en restaurants. Enkel de drankgelegenheden waar geen voedingswaar opgediend wordt en de speelhallen van type I zullen nog een rookzone kunnen installeren. Een wet die deze uitzonderingen ten laatste op 1 juli 2014 afschaft werd eveneens gepubliceerd op 29 december 2009. Zij laat bovendien de mogelijkheid om deze eerder af te schaffen bij Koninklijk Besluit.

Wat etikettering betreft van tabaksproducten, werden de gecombineerde waarschuwingen gewijzigd zodat op elk sigarettenpakje het nummer van de tabaksstoplijn vermeld wordt, waarvan gebleken is dat te weinig rokers dit kennen. In het kader van het kankerplan wordt, vanaf 1 oktober 2009, een terugbetaling gedaan voor rookstopconsultaties bij een arts of een tabakoloog.

### 3.1.10. Fonds ter bestrijding van de verslavingen

Via de programmawet van 20 juli 2006 werd het Fonds ter bestrijding van de verslavingen gecreëerd. De middelen van het Fonds konden aangewend worden voor de financiering van projecten tot bestrijding van verslavingen volgens de criteria die zijn opgenomen in het Koninklijk Besluit van 28 december 2006. De nieuwe regels tot toewijzing van subsidies zijn opgenomen in het KB van 18 december 2008. Van het jaarlijks totaalbedrag van 5 miljoen euro wordt 2 miljoen euro voorzien voor specifieke acties inzake tabaksbestrijding. Dit Fonds is aldus een uitbreiding van het tabaksfonds naar alle andere psychoactieve substanties.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 28 september 2009 werd beslist een samenwerkingsakkoord op te stellen tussen de Ministers van Volksgezondheid voor een gemeenschappelijk beheer van dit Fonds.

### 3.1.11. Cocaïne

De afgelopen jaren zijn - zowel op Europees niveau als in België - beduidend meer cocaïnegerelateerde hulpvragen geregistreerd. Niettegenstaande deze gunstige instroomtendens, blijken toch heel wat cocaïnegebruikers getypeerd te kunnen worden als draaieurcliënten en lijkt de drop-out en het herval van deze cliëntengroep beduidend hoog te zijn.

Om deze reden financiert de Federale Overheid Volksgezondheid, sinds 2008, een pilotproject rond de toepassing en analyse van een cocaïnespecifiek behandelingsprogramma. Bedoeling is enerzijds in een beperkte setting het ontwikkelde hulpverleningsprogramma te gaan uittesten en anderzijds meer wetenschappelijk inzicht te verwerven in de implementatie en effectiviteit van de Community Reinforcement Approach en Vouchers-methodiek' voor cocaïnegebruikers in België.

De eindresultaten van dit projecten worden in 2010 verwacht.

### 3.1.12. Alcohol

Het beleid van de federale overheid Volksgezondheid inzake hulpverlening omvat principieel zowel alcohol als illegale psychoactieve stoffen. Dit impliceert dat de pilootprojecten 'zorgcoördinatie', 'dubbele diagnose' en 'crisiseenheden' zich op beide doelgroepen richten.

Naar aanleiding van de oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2005 de Cel Gezondheidsbeleid Drugs het mandaat gegeven een beleidsdocument inzake alcohol op te stellen. Na consultaties van preventie- en hulpverleningssector, wetenschappelijke deskundigen, ... heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een Gemeenschappelijke Verklaring inzake het toekomstige alcoholbeleid aangenomen in juni 2008 (3). Deze Verklaring beschrijft de doelstellingen van het te voeren beleid en somt een reeks maatregelen op die kunnen genomen worden. Voor de federale overheid Volksgezondheid werden, op ter uitvoering van deze Verklaring, volgende maatregelen gerealiseerd :

- De wet van 10 december 2009 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid stipuleert een grotere coherentie van de wetgevingen over de verkoop van alcohol aan minderjarigen (artikel 13 van Wet van 28 december 1983 betreffende de vergunning voor het verstrekken van sterke drank en artikel 5 van de besluitwet van 14 november 1939 betreffende de beteugeling van de dronkenschap). De integratie van de bestaande maatregelen en het verkoopverbod van alcoholhoudende dranken aan min-16-jarigen in de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten maakt het mogelijk om het debat terug te brengen tot de essentie, met name de gezondheidsproblemen bij jongeren. Wat de toepassing betreft, zal de controle op al deze maatregelen betreffende het verbod op de verkoop van alcohol aan minderjarigen gerealiseerd worden door de dienst inspectie van DG-4 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, die relevante ervaring heeft opgedaan bij de controles op het verbod op de verkoop van tabaksproducten aan min-zestienjarigen.

- De ondertekende conventie van 2005 tussen de federale Minister van Volksgezondheid, de horeca en de consumentenorganisaties inzake alcoholreclame naar jongeren zal geïnstitutionaliseerd worden. In dit kader zal ook een praktische gids uitgewerkt worden voor de toepassing van het convenant.

- De Minister van Volksgezondheid heeft het advies van de Hoge Gezondheidsraad ingewonnen van het gebruik van alcohol door vrouwen die zwanger wensen te worden, zwanger zijn of borstvoeding geven. Dit advies werd uitgebracht op 4 maart 2009. Op basis van dit advies plant de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu in 2010 enkele sensibiliserings- en vormingsinitiatieven naar de relevante zorgverstrekkers, zoals gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen.

- In het kader van het Fonds ter bestrijding van de verslavingen werden projecten gefinancierd betreffende de opvang van ouders met een alcoholproblematiek, het organiseren van een nationale informatiecampagne rond alcohol, en het opstellen van website met informatie over riskant alcoholgebruik en behandelingsmogelijkheden.

### 3.1.13. Internationaal

De Federale overheid Volksgezondheid is zich bewust van het groeiende belang van het beleid dat wordt gevoerd door internationale organisaties. De Europese Unie is voor haar de eerste referentie wat betreft het beleid inzake de reductie van de vraag.

Meer concreet schakelt zij haar beleid volledig in in de algemene doelstellingen van de Europese Drugsstrategie 2005-2012 en het Europese Drugsactieplan 2005-2008 en 2009-2012, met name :

1. bijdragen tot een hoog niveau van gezondheidsbescherming, welzijn en sociale samenhang door middel van een aanvulling van het optreden van de lidstaten ter voorkoming en beperking van druggebruik, verslaving en druggerelateerde schade aan de volksgezondheid en voor de maatschappij;

2. streven naar een hoog niveau van veiligheid van het grote publiek door maatregelen tegen drugsproductie, grensoverschrijdende illegale drugshandel en het misbruik van precursoren, en door de preventie actie tegen druggerelateerde criminaliteit te intensifiëren door middel van effectieve samenwerking in het kader van een gezamenlijke aanpak.

De Federale overheid Volksgezondheid volgt, ondersteunt en bewaakt deze doelstellingen in de schoot van de Horizontal Working Group on Drugs. Daarnaast stimuleert zij het belang van wetenschappelijk onderzoek en waakt zij mede over het aandeel van demand reduction activiteiten in het Europees beleid.

Wat de Verenigde Naties betreft, gebeurt de terugkoppeling naar de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Sinds januari 2006 is België, voor twee jaar, lid van de Commission on narcotic drugs. De Federale overheid Volksgezondheid was in 2006 lid van de Belgische delegatie voor de jaarlijkse bijeenkomst van deze commissie. In deze hoedanigheid droeg zij bij tot het tot stand komen van resoluties met betrekking tot controle van psychoactieve stoffen, stimuleren van beleidsevaluatie, en van initiatieven in het kader van reductie van de vraag, en risicobeperking.

In dit kader worden ook de relevante beleidspunten van de WGO van kortbij opgevolgd en, indien gepast, geïmplementeerd in nationaal beleid. De kaderconventie betreffende tabaksbestrijding van de WGO werd van kracht op 27 februari 2005 op wereldvlak. Zij werd vervolgens in België geratificeerd en is van kracht geworden op lokaal niveau op 30 november 2005. De Federale overheid Volksgezondheid coördineert de opvolging van deze conventie in ons land.

De Federale overheid Volksgezondheid verzorgt de permanente vertegenwoordiging bij de Groupe Pompidou in de schoot van de Raad van Europa. Zij heeft permanente leden bij de platforms 'onderzoek' en 'behandeling' van deze Groupe.

### 3.1.14. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Op epidemiologisch vlak volbrengt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, in nauwe samenwerking met zijn partners binnen Gemeenschappen en Gewesten, de taken van Nationaal Focal Point (NFP) bij het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving. Deze situeren zich voornamelijk rond de 5 epidemiologische thema's: problematisch druggebruik, druggerelateerde infectieuze aandoeningen, druggebruik in de algemene populatie, druggerelateerde sterfte en de vraag om behandeling. Concrete voorbeelden zijn het in samenwerking met de drugbehandelingscentra uitgebouwde systeem voor de registratie van de vraag om behandeling (Treatment Demand Indicator); een studie naar infectieuze aandoeningen bij druggebruikers in behandelingscentra en gevangnissen; en een studie naar infectieuze aandoeningen en gebruik van diensten bij heroïnegebruikers.

Bovendien wordt jaarlijks een overzicht van de situatie in België opgesteld, het Nationaal Rapport. Een Early Warning System (EWS) monitort permanent de nieuwe en gevaarlijke drugs insamenwerking met partners in twee Gemeenschappen, de federale politie en de gespecialiseerde laboratoria. Jaarlijks worden onderzoeksvoorstellen ingediend voor financiering bij Federaal Wetenschapsbeleid.



### 3.2. Sociale Zaken (RIZIV)

Via financieringsovereenkomsten die het RIZIV daartoe heeft afgesloten met gespecialiseerde voorzieningen voor drugsverslaafden worden ten behoeve van de patiënten specifieke revalidatieprogramma's vergoed die zowel een medische als een psychosociale revalidatie van de patiënten beogen.

In de periode van 2001 tot 2003 werden in dat opzicht 29 voorzieningen gefinancierd. In de loop van de periode 2001-2003 heeft het Verzekeringscomité bijkomend met één centrum voor verslaafden een overeenkomst afgesloten, te weten het MSOC van Vlaams-Brabant.

Het is de bedoeling dat de revalidatieforfaits die de revalidatiecentra voor verslaafden kunnen factureren aan de ziekenfondsen van de patiënten, naast de noodzakelijke werkingskosten, ook de werkelijke personeelskosten van de centra vergoeden. In dat opzicht voorzien de overeenkomsten met de revalidatiecentra voor verslaafden dat het aandeel van de personeelskosten in de revalidatieforfaits, op vraag van de centra, aan de realiteit wordt aangepast, van zodra de werkelijke personeelsuitgaven van een centrum tengevolge van de evolutie van de anciënniteit van het tewerkgestelde personeel, 1 % hoger zouden komen te liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de prijs van de revalidatieforfaits. In toepassing daarvan zijn in de periode 2001-2003 in het kader van verschillende overeenkomsten met centra voor verslaafden de revalidatieforfaits aangepast.

Daarnaast heeft de Regering in zijn begrotingsdoelstellingen voor 2002 en 2003 budgetten gereserveerd voor de uitbreiding van een aantal centra voor drugsverslaafden met een RIZIV-overeenkomst. Voor 2002 is in dat opzicht een budgettaire verhoging van 1,027 miljoen euro (41,44 miljoen BEF) op jaarbasis gereserveerd. Vanaf 1 oktober 2003 is specifiek voor de financiering van de MSOC's een bijkomend jaarlijks budget van 1 miljoen euro vrijgemaakt.

In de periode 2004-2006 werd bijkomend een revalidatieovereenkomst afgesloten met een inrichting uit Namen die aan illegale drugs verslaafde patiënten, ambulante behandelt. In totaal waren er op 31 december 2006 28 (4) overeenkomsten afgesloten tussen het R.I.Z.I.V. en gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden.

Er zijn, in de begroting 2006, ook middelen gereserveerd om nieuwe revalidatieovereenkomsten af te sluiten voor de behandeling van twee specifieke doelgroepen, met name : verslaafde moeders (of verslaafde vaders) met kinderen en minderjarige verslaafden.

Wat de eerste doelgroep van verslaafde moeders (of vaders) met kinderen betreft, is een budget uitgetrokken (190.000 €), dat dient om het mogelijk te maken dat verslaafde moeders (of vaders), die een residentieel revalidatieprogramma volgen in een inrichting, samen met hun kinderen in een aparte afdeling van die inrichting kunnen verblijven. Hierdoor wordt de drempel verlaagd voor verslaafde ouders om zich residentieel te laten behandelen én wordt vermeden dat ouders door hun behandeling gescheiden zouden worden van hun kinderen. Sinds 1-1-2007 financiert het RIZIV via de overeenkomsten 2 ouder-kind afdelingen : één in Gavere en één in Châtelet.

Wat de tweede doelgroep van minderjarige verslaafden betreft : hiervoor is een budget van 900.000 € gereserveerd. Dit budget dient om voor het eerst een revalidatieovereenkomst af te sluiten met een residentieel inrichting die gespecialiseerd is in de behandeling van minderjarige verslaafden. Deze overeenkomst is sinds juli 2007 afgesloten met een centrum uit Eeklo.

Bovendien zijn er in de periode 2004-2006 verschillende kleine uitbreidingen, verbeteringen gebeurd van bestaande overeenkomsten met gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden. In sommige gevallen gaat het om de uitbreiding van bestaande voorzieningen met een residentieel nazorgfase waar patiënten, die voordien een intensieve behandeling gevolgd hebben in een andere afdeling van de voorziening, onder begeleiding van de inrichting, concrete stappen zetten met het oog op hun daadwerkelijke maatschappelijke reïntegratie.

In de begroting-2008 van het RIZIV zijn er voor in totaal 2,5 miljoen euro extra middelen voorzien voor de revalidatie van verslaafden. Deze middelen zijn nog niet allemaal besteed maar ze dienen in principe voor een bijkomend crisisinterventiecentrum in Bergen, een bijkomend centrum voor langdurige residentieel revalidatie, de oprichting van een bijkomend dagcentrum in Zuid-Oost-Vlaanderen én de uitbreiding van 5 andere, bestaande dagcentra waaronder 3 MSOC's.

Op 1 februari 2009 waren er in totaal 29 overeenkomsten afgesloten met betrekking tot revalidatiecentra voor verslaafden. Op diezelfde datum bedroeg het totaal van de enveloppen van de verschillende overeenkomsten met gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden 42.265.000 euro. Dit betekent een stijging met ongeveer 6 miljoen euro ten opzichte van dit budget op 31 december 2006. Voor een belangrijk deel is deze toename, naast hierboven bedoelde uitbreidingen van bestaande centra of erkenningen van nieuwe centra, ook te wijten aan de verschillende indexeringen die sindsdien hebben plaatsgevonden, de invoering van de attractiviteitspremie (wat een globale maatregel is voor de gezondheidszorg) en onder meer ook de (gewone) tenlasteneming van de gestegen personeels- of werkingskosten van bepaalde inrichtingen.

In de begroting 2009 zijn er geen extra middelen voorzien voor de revalidatie van verslaafden.

Op 1 januari 2010 waren er in totaal 29 overeenkomsten afgesloten met betrekking tot revalidatiecentra voor verslaafden. Op diezelfde datum bedroeg het totaal van de enveloppen van de verschillende overeenkomsten met gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden 46,154 miljoen euro (maximale enveloppen). De toename van het budget is niet alleen te wijten aan uitbreidingen of nieuwe initiatieven die gerealiseerd zijn maar is deels ook het gevolg van de toename van de loon- en werkingskosten van bestaande centra.

In de begroting 2010 is een extra budget van 1 miljoen euro voorzien voor de revalidatie van verslaafden. Er zijn verschillende aanvragen voor nieuwe centra of uitbreidingen van bestaande centra ingediend (duidelijk meer dan dat er met het extra budget gerealiseerd kunnen worden). De beheersinstanties van het RIZIV moeten nog beslissen welke van deze aanvragen (prioritair) gerealiseerd zullen worden.

### 3.3. Binnenlandse Zaken

#### 3.3.1. Directie Lokale Integrale Veiligheid

Bij tal van actiepunten die worden vooropgesteld in de Federale Beleidsnota van 19.01.2001 in verband met de drugproblematiek worden verantwoordelijkheden toebedeeld aan de Minister van Binnenlandse Zaken.

In dit kader wordt de Directie Lokale Integrale Veiligheid van FOD Binnenlandse Zaken verantwoordelijk gesteld voor de preventie en aanpak van de druggerelateerde maatschappelijke overlast.

Sinds 2007 zijn de voormalige Drugplancontracten die werden afgesloten met steden en gemeenten opgenomen in de Strategische Veiligheids- en Preventieplannen 2007-2010. Van de 102 steden en gemeenten die een dergelijk strategisch plan hebben afgesloten, zijn er 68 die een of meerdere projecten hebben ontwikkeld in het kader van de aanpak van het fenomeen druggerelateerde maatschappelijke overlast.

Deze projecten mogen conform art. 11 van het MB van 15.01.2007 betreffende de invoering van de strategische veiligheids- en preventieplannen niet kaderen binnen een beleid van primaire preventie en mogen tevens geen onderdeel uitmaken van een medisch-therapeutische benaderingswijze. Primaire preventie en medisch-therapeutische acties (zoals bij voorbeeld spuitenruil, methadonverstrekking, crisisopvang, ambulante drughulpverlening en medische consultaties) behoren immers tot de bevoegdheden van de Minister van Volksgezondheid.

Vandaar dat de acties die steden en gemeenten opzetten binnen hun subsidieovereenkomst met Binnenlandse Zaken zich richten op secundaire preventie (meer bepaald op personen die reeds in contact gekomen zijn met drugs of die met een drugprobleem kampen), en op sociale reïntegratie van drugverslaafden.

Uit de inventaris van alle drugprojecten die in de strategische veiligheids- en preventieplannen 2007-2010 worden ontwikkeld, kunnen de volgende hoofdcategorieën onderscheiden worden :

- informeren, adviseren en sensibiliseren van druggebruikers en intermediairen
- vorming en opleiding
- straathoekwerk
- interculturele bemiddeling
- onthaal en doorverwijzing
- psychosociale begeleiding
- sociale, economische en familiale reïntegratie
- lokaal en provinciaal overleg

Daarnaast ontwikkelen lokale overheden in hun strategisch veiligheids- en preventieplan projecten die kaderen binnen een repressieve aanpak van de drugproblematiek, zoals bij voorbeeld het therapeutisch advies.

Ten slotte besteden verschillende steden en gemeenten de door Binnenlandse Zaken toegekende middelen ook aan projecten gericht op nazorg, zoals bij voorbeeld de sociale reïntegratie van delinquente jongeren en ex-gedetineerden.

Steden en gemeenten ontwikkelen hun projecten vanuit een integrale en geïntegreerde benaderingswijze :

- voorafgaand aan elk strategisch veiligheids- en preventieplan 2007-2010 werd een lokale veiligheidsdiagnostiek opgemaakt, die onderdeel uitmaakt van de ontwikkeling van een lokaal integraal veiligheidsbeleid;
- door structureel overleg tussen alle betrokken actoren worden de preventieve, repressieve en hulpverleningsacties op elkaar afgestemd (bij voorbeeld het pilootcomité van Burgemeester, Korpschef en Preventieambtenaar, de lokale Consultatieve Preventieraden, de Provinciale Commissies voor Criminaliteitspreventie, en andere).
- de verschillende lokale krachten (straathoekwerkers, drughulpverleners, preventiewerkers, ...) die binnen de strategische veiligheids- en preventieplannen worden tewerkgesteld, zijn meestal gedetacheerd naar bestaande gezondheids- of welzijnsdiensten, waardoor zij zich inschrijven in het preventie- en gezondheidsbeleid van de Gemeenschap, het Gewest of de Federale Overheid waarbinnen ze actief zijn. Hierdoor worden de acties die vanuit de verschillende bevoegdheidsniveaus gefinancierd worden, op elkaar afgestemd.
- Tevens worden naast de detacheringsovereenkomsten ook tal van samenwerkingsakkoorden afgesloten tussen alle betrokken sectoren (preventiedienst, lokale politie, hulpverlening, parketten, en andere).

### 3.3.2. Federale Politie

Sinds 2001 hebben de diensten en departementen, die afhangen van de ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken de principes van de federale nota drugs vertaald in de feiten. De principes van een beleid dat is onderbouwd door kennis, regionale of internationale coördinatie van acties, en de prioriteit die wordt gegeven, voor wat betreft het gerechtelijk apparaat, aan de beperking van het aanbod hebben de beleidsontwikkelingen van de laatste jaren vorm gegeven.

Immers, ter aanvulling van de wetswijzigingen teneinde de strafrechtelijke behandeling van het bezit van cannabis te onderscheiden van andere inbreuken op de wet op de verdovende middelen en psychotrope stoffen, heeft de overheidsdienst een specifiek strafrechtelijk beleid uitgewerkt voor het bezit van cannabis, dat zich op die manier perfect integreert in de acties van de verschillende partners in het globaal beleid.

De initiatieven om de gewenste synergieën tussen het behandelingsaanbod en de strafrechtelijke behandeling te operationaliseren werden in werking gesteld en geëvalueerd. Justitie heeft zich ook als een verantwoordelijke partner getoond bij het aanpakken van risicobeperkende projecten, zoals bijvoorbeeld deze met betrekking tot heroïnegebruik.

Zich integrerend op dezelfde manier in de in 2001 vastgelegde principes, hebben de preventie initiatieven van de politie inzake gebruik geen nationale steun meer kregen. De politiediensten hebben daarentegen hun acties tegen schade gerelateerd aan gebruik en verkoop van illegale drugs opgedreven.

Door zich in te schrijven in een euroregionale coördinatie in deze materie, heeft de Belgische politie substantieel bijgedragen aan de evolutie tot samenwerking met Nederland, Frankrijk en het Groothertogdom Luxemburg. De permanente deelname van de Belgische politie aan de patrouilles die plaatsvinden in Nederland in het kader van het drugstoerisme is hiervan de meest zichtbare uiting. De overheidsdienst heeft ook haar principes inzake repressief beleid ten aanzien van drugtoeristen die op het Belgisch grondgebied worden gevat, verduidelijkt en schrijft zich op die manier in in het concept van veiligheidsketen.

De inspanningen in functie van het terugdringen van het aanbod werden versterkt, onder meer door een betere afstemming tussen de plannen van de verschillende departementen. Die inspanningen zijn uitgemond in de invoering van het concept 'veiligheidsketen' en de kader inzake veiligheid. De Belgische diensten inzake repressie waren eveneens actief op internationaal niveau door actief deel te nemen, of de leiding te nemen, van internationale acties gericht tegen de drugsproductie of de grootschalige handel.

Met de steun van Federaal Wetenschapsbeleid of de Europese Unie, hebben de verschillende diensten en actoren, die afhangen van de ministers van Binnenlandse zaken en Justitie, bijgedragen tot het evolueren van de kennis door het ondersteunen of initiëren van wetenschappelijke studies. Die studies hebben geleid tot een betere definiëring en meting van druggerelateerde criminaliteit en tot de ontwikkeling van nieuwe coördinatiemechanismen voor het terugdringen van de het aanbod van illegale drugs.

### 3.4. Justitie

In de geest van de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs en de Federale Drugsnota van 2001, vereist de drugsproblematiek een gediversifieerde aanpak vanuit justitie, met een gezonde mix van preventie, hulpverlening en repressie.

Deze beginselen werden naar de praktijk vertaald, o.m. in het uitgetekende strafrechtelijke beleid.

#### 3.4.1. Omzendingbrieven

- Ministeriële omzendingbrief d.d. 16/05/2003 : Ministeriële richtlijn betreffende het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen, gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 2 juni 2003

- COL 2/2005 : Gemeenschappelijke richtlijn van de Minister van Justitie en het College van Procureurs-generaal omtrent de vaststelling, registratie en vervolging van inbreuken inzake het bezit van cannabis.

In overeenstemming met de terzake opeenvolgende internationale verdragen is cannabis, volgens de Belgische drugswetgeving, nog altijd een illegale drugs.

Het bezit van illegale drugs is en blijft strafbaar.

Het zogenaamde gedoogbeleid bestaat dus niet in een decriminalisering : het niet langer beschouwen van een gedraging als een misdrijf of als een strafbare gedraging.

Bij wet van 3 mei 2003 (B.S. 2 juni 2003) heeft men wel getracht om een strafbare gedraging waarop een strafrechtelijke sanctie staat, in de praktijk te laten leiden tot een depenalisering door wettelijk te verhinderen dat het Openbaar Ministerie de gedraging kon vervolgen doordat bepaalde strafbare feiten niet langer werden geverbaliseerd en geen proces-verbaal werd opgesteld.

Bij arrest van 20 oktober 2004 heeft het Arbitragehof deze bepaling vernietigd.

De huidige situatie is dus dat alle strafbare feiten inzake drugs (ook cannabisbezit voor eigen gebruik) worden geregistreerd, minstens wordt een vereenvoudigd proces-verbaal opgemaakt. De mogelijkheid om te reageren vanuit justitie blijft dus altijd aanwezig.

Het gedoogbeleid bestaat er enkel in dat een gedifferentieerd beleid wordt gevoerd op het vlak van het vervolgingsbeleid door het Openbaar Ministerie, zoals dit trouwens ook voor andere fenomenen het geval is.

De gemeenschappelijke richtlijn bepaalt dat aan het bezit door een meerderjarige, van een hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik, de laagste prioriteit in het vervolgingsbeleid wordt gegeven, uitgezonderd wanneer het bezit gepaard gaat met verzwarende omstandigheden of verstoring van de openbare orde.

Het bezit van een hoeveelheid cannabis, van maximum 3 gram of één geteelde plant, door een meerderjarige persoon, zonder dat er enige aanwijzing van verkoop of handel aanwezig is, wordt geacht te zijn voor persoonlijk gebruik.

Deze inbreuken geven aanleiding tot het opstellen van een vereenvoudigd proces-verbaal.

- COL 7/2007 : Omzendingbrief van het College van Procureurs-generaal betreffende het vervolgingsbeleid ten aanzien van drugstoeristen'.

In deze omzendingbrief wordt via een precieze omschrijving en onder de specifieke benaming drugstoerisme' alle strafbare gedragingen beschreven die een gemeenschappelijke aanpak inzake strafrechtelijk beleid en vervolgingsbeleid verantwoorden.

#### 3.4.2. Ten aanzien van druggebruikers en verslaafden

De parlementaire werkgroep drugs benadrukte destijds sterk het belang van een alternatieve aanpak voor drugsverslaafden, teneinde te vermijden dat drugsgebruikers die geen zware feiten plegen in de gevangenis terecht komen.

Deze ultimatum remedium-filosofie houdt in dat voor drugsgebruikers een alternatieve gerechtelijke sanctie de voorkeur geniet en zij zoveel mogelijk georiënteerd moeten worden naar de hulpverlening.

De opgestarte proefprojecten passen perfect in deze filosofie :

- Projecten 'alternatieve gerechtelijke maatregelen' in het kader van het zogenaamde 'Gloobaal Plan'.

De minister van Justitie beschikt over de mogelijkheid om een financiële tegemoetkoming toe kennen aan lokale overheden waarmee bijkomend personeel kan worden aangeworven voor de omkadering van verscheidene alternatieve gerechtelijke maatregelen (Gloobaal Plan). Deze personeelsleden kunnen ofwel in de eigen gemeente/stad te werk gesteld worden of ter beschikking worden gesteld van een bestaande vereniging. Sinds 1996 werden op deze manier verscheidene projecten opgericht die ook een aanbod hebben ontwikkeld naar druggebruikers en verslaafden. Het kan hierbij gaan om een opleiding of behandeling (therapie), zowel ombuland als residentieel. Druggebruikers of verslaafden kunnen naar dergelijke projecten doorverwezen worden in het kader van een alternatief voor de voorlopige hechtenis, in het kader van een probatiemaatregel of in het kader van een bemiddeling in strafzaken. In 2007 werd dit aanbod, evenals de knelpunten en perspectieven in kaart gebracht via een studie van de VUB en de UCL (Werken en leren als straf, een onderzoek naar de uitvoering van werkstraffen en leermaatregelen in België, VUBpress, 2007). Anno 2009 worden via dit subsidiekanaal 28,5 voltijds equivalenten gesubsidieerd die een aanbod hebben naar druggebruikers en verslaafden. Dit vertegenwoordigt een jaarlijks subsidiebedrag van 1.041 KEUR.

- Pilotproject 'Proefzorg' in Gent

Vanuit de vaststelling dat er op het niveau van het parket een lacune bestond om loutere drugsgebruikers op een efficiënte wijze naar de hulpverlening te oriënteren, werd het proefproject Proefzorg', met goedkeuring van de minister van Justitie in 2005, opgestart in het gerechtelijk arrondissement Gent.

Proefzorg is een alternatieve afhandelingsmodaliteit waarbij middelengebruikers reeds op het niveau van het parket (dus in een vroeg stadium) worden doorgestuurd naar de hulpverlening en situeert zich binnen de praetoriaanse probatie, die vooralsnog niet wettelijk geregeld is.

Belangrijk is de figuur van de proefzorgmanager, die fungeert als tussenpersoon tussen de justitie en de hulpverlening. Hij begeleidt de justitiële doorverwijzing naar de hulpverlening, om vervolgens controle uit te oefenen op de afspraken die daaruit voortvloeien.

- Pilotproject 'Conseiller stratégique Drogue' te Luik

Dit is een analoog drugsproject in het arrondissement Luik.

- Pilotproject 'Drugsbehandelingskamer' te Gent

Dit nieuwe project werd in 2008 in de schoot van de Gentse Correctionele Rechtbank opgestart middels een samenwerkingsakkoord medeondertekend door de Minister van Justitie.

Dit project ligt in het verlengde van het vorige project doch situeert zich een latere fase namelijk op de terechtzitting. Zetel, parket, balie, hulpverlening en justitiehuis hebben een nauwe samenwerking op touw gezet om op het niveau van de rechtbank een snelle doorverwijzing van de drugsgebruikende beklaagde naar de hulpverlening te realiseren.

De brug justitie en hulpverlening gebeurt door de liaison hulpverlening die de zittingen bijwoont.

- Pilotproject 'nultolerantie' in Kortrijk

Op 18 mei 2009 werd het startschot gegeven voor het proefproject 'nultolerantie', goedgekeurd door de federale Minister van Justitie en de Gemeenschapsminister van Welzijn.

Dit project richt zich specifiek naar jongeren van 12 tot 23 jaar, die zich overgeven aan overmatig drugsgebruik, waardoor hun dagdagelijks functioneren in het gedrang komt doch niet gemotiveerd blijken om hun drugsgebruik te stoppen.

Ook dit project werd uitgewerkt in samenwerking met de verschillende betrokken actoren, voorziet in een liaisonfunctie om de samenwerking tussen de justitie en hulpverlening te optimaliseren maar betreft bovendien een nieuw aanbod binnen de hulpverlening, bestaande uit een negen maanden durend programma met daarbinnen een ondersteunende en structurele pool.

Als deze proefprojecten maken het voorwerp uit van een grondige evaluatie met het oog op een eventuele nationale implementatie.

Naar aanleiding van de positieve evaluatie van het proefzorgproject in Gent werd een studieopdracht uitgevaardigd aan de Dienst voor het Strafrechtelijk beleid met als doel de essentiële randvoorwaarden voor een nationale implementatie nader te onderzoeken, inzonderheid met betrekking tot de positionering van de casemanager justitie, de financieringsmodaliteiten en de wettelijke inkadering van proefzorg.

Tevens is bij het Federale Wetenschapsbeleid in het kader van het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs een onderzoek gevoerd met de titel Onderzoek naar de essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor justitie en hulpverlening om gerechtelijke alternatieve maatregelen voor drugsdelinquenten in het kader van de praetoriaanse probatie mogelijk te maken'.

### 3.4.3. Penitentiair drugsbeleid

Om de drugsproblematiek in de gevangenissen op een globale en geïntegreerde manier aan te pakken, werden de nieuwe richtlijn uitgaande van het College van Procureurs-generaal ter attentie van de parketten enerzijds en de ministeriële omzendbrief aan de directies van de strafinrichtingen anderzijds, volledig op elkaar afgestemd.

Ze bevatten het globale kader voor de interventies en het drugsbeleid.

Hierbij werd gestreefd naar een goede balans tussen preventie en voorlichting, een efficiënte controle, een professionele ondersteuning en begeleiding en een gepaste sanctionering bij misbruik, zowel ten aanzien van de gedetineerden als van de bezoekers.

De centrale stuurgroep 'drugs' coördineert het drugsbeleid van de penitentiaire administratie. De lokale stuurgroepen, die in iedere gevangenis bestaan, werken daaraan mee.

Tevens werden drugsvrije afdelingen opgericht in bepaalde gevangenissen en voorzien in opleiding over drugs voor het personeel van de gevangenissen.

Drugvrije afdelingen.

Er bestaan thans drugvrije afdelingen in de gevangenissen te Ruiselede, Verviers en Brugge.

In Ruiselede bestaat sinds 15 jaar het programma «B-leave» voor druggebruikers die op een cleane manier willen werken aan een drugvrije toekomst. Naast de basisregels die gelden in Ruiselede (de drugs- en alcoholcontroles, leven in groepsverband, nultolerantie inzake agressie, verplichte tewerkstelling en familiewerking) wordt gedurende acht maanden lang, gedurende minstens 4 uur per dag op fysiek, sociaal en psychisch vlak gewerkt in gesloten groepen aan de verslavingsproblematiek.

Daarbij worden via de sessies terugvalpreventie, hoge risicosituaties gedefinieerd, het belang van schijnbaar onbelangrijke beslissingen en levensstijlfactoren uitvoerig besproken, de persoonlijke terugvalketen geanalyseerd, en het anticiperen op probleemsituaties aangeleerd.

Sinds mei 2009 zijn er in Ruiselede ook open groepen opgestart - het «Schakel»-project - om de druggebruikers buiten B.leave, gedurende vier uur wekelijks een programma van terugvalpreventie en sociale vaardigheden aan te bieden.

Het doel van deze groepen bestaat er in om het inzicht te verhogen in het verslavingsgedrag en motivatiebevordering na te streven inzake het veranderen van het verslavingsprobleem.

In de gevangenis Verviers bestaat sedert 2007 een drugvrije vleugel en in 2010 zal een bijkomende pretherapeutische sectie worden geopend.

Een nieuwe drugvrije afdeling in Brugge werd geopend in november 2009. De drugvrije afdeling is gericht op langgestrafte veroordeelden en staat enkel open voor mannen. Er werd een aparte sectie voorzien voor 20 gedetineerden waar een open regime wordt verzekerd met afscheiding van de andere gedetineerden in de inrichting.

Zowel gedetineerden met een drugverleden als gedetineerden die geen gebruik hebben gekend maar zich willen distantiëren van het druggebruik van anderen, kunnen zich kandidaat stellen.

Centrale aanmeldingspunten drugs in de gevangenissen(CAP)

Tot begin 2009 waren 5 gevangenissen in Vlaanderen voorzien van een «centraal aanmeldingspunt» waartoe gedetineerden zich in de gevangenis konden richten in het kader van een efficiëntere voorlichting en verwijzing naar de drughulpverlening. In 2009 werd een aanbestedingsdossier voorbereid voor de verdere uitbreiding van deze aanmeldingspunten in de andere gevangenissen van het land. De realisatie ervan zal gebeuren in 2010.

### 3.4.4. Aanpak van de illegale productie, distributie en handel van drugs

De bestrijding van drugsproductie, - handel en smokkel zijn uiteraard binnen de taken van justitie de eerste prioriteit. Conform de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs dient een repressief beleid gevoerd.

In het Nationaal Veiligheidsplan 2008-2011, uitgaande van de Minister van Justitie en de Minister van Binnenlandse Zaken, werd expliciet als prioriteiten opgenomen : de bestrijding van de drugsproductie, drugshandel en drugsgerelateerde criminaliteit met focus op de productie van synthetische drugs en cannabiskweek, de in- en doorvoer van cocaïne en heroïne en de straathandel (inclusief drugstoerisme).

Bovendien zijn deze prioriteiten opgenomen bij de veiligheidsfenomenen die projectmatig, dit is door middel van jaarlijks geïntegreerde actieplannen, dienen aangepakt te worden.



Tevens werd voorzien dat de Minister van Justitie aan het College van Procureurs-generaal zou vragen om verslag uit te brengen met het oog op de beleidsmatige aanpak van de prioriteiten bepaald in het nationaal veiligheidsplan en over de richtlijnen en acties die in de toekomst gepland zijn.

In het verslag van het College van Procureurs-generaal worden volgende prioritaire items bepaald, waarvoor strategische doelstellingen werden bepaald en concrete actiepunten zullen worden uitgewerkt :

- de synthetische drugs
- de cannabisplantages
- de specifieke problematiek van de doorvoer van drugs (via haven en luchtverkeer)
- drugs in de gevangenis
- drugstoerisme, inclusief drugsrunners
- megadancings

Ook het federale parket schreef inmiddels een plan uit betreffende de aanpak van de nationale en internationale drugscriminaliteit 2008 -2011, rond drie assen :

- het ontmantelen van laboratoria voor synthetische drugs
- de internationale cocaïne- en heroïnehandel die direct gelinkt is met de producerende landen
- de bedrijfsmatige cannabis

#### 3.4.5. De grensoverschrijdende drugsproblematiek en internationale samenwerking

Vanzelfsprekend schrijft België zich in in het drugsbeleid uitgetekend door de Verenigde Naties en de Europese Unie.

Desbetreffend kan verwezen worden naar de volgende strategische beleids- en actieplannen : EU DRUGS STRATEGY 2005-2012 en EU DRUGS ACTION PLAN 2009-2012.

De FOD Justitie participeert actief aan de Horizontale groep drugs en heeft deze werkgroep voorgezeten sinds het Belgische voorzitterschap van de EU in 2001.

De FOD Justitie neemt tevens deel aan de Groep Pompidou binnen de Raad van Europa.

Meer bepaald coördineert zij de werkgroepen met betrekking tot het strafrecht (relatifs à la justice pénale) en de drugscontroles in de luchthavens.

Op het niveau van de Verenigde Naties coördineert de FOD Justitie de Belgische participatie aan de vergaderingen Honlea (Head of national law enforcement agencies). Eveneens participeert zij op een actieve wijze aan de vergaderingen van de Commissie Drugs van de Verenigde Naties.

Specifieke aandacht is uitgegaan naar de problematiek van de grensoverschrijdende drugscriminaliteit met onze directe buurlanden.

Verskillende samenwerkingsverbanden en nieuwe initiatieven werden terzake genomen :

- Hazeldonk : betreft een overlegstructuur tussen België-Nederland-Frankrijk-Luxemburg, specifiek met betrekking tot gecoördineerde samenwerking in strijd tegen drugstoerisme

Geconcretiseerd in : \* joint Hit Teams (vliegende drugsbrigade regio Maastricht en Breda)

\* gemeenschappelijke controleacties Etoiles

\* informatieuitwisseling

- Euregio Scheldemond : betreft grensregio ten westen van de Schelde (Brugge-Gent-Dendermonde- Terneuzen)

- Euregio Maas-Rijn : betreft grensregio tussen België-Nederland-Duitsland

Voor België : provincie Limburg (parketten Tongeren en Hasselt) - provincie Luik (parket Luik) en Duitstalige gemeenschap (parket Eupen)

Geconcretiseerd in : \* NebeDeAgPol : samenwerkingsverbanden tussen de politiediensten

\* BES (Bureau Euregionale samenwerking) : samenwerking tussen O.M.

Hoofdkwartier in Maastricht onder leiding van Nederlandse magistraat Van De Ven met deelname van Belgische parketjurist van federaal parket

\* EPICC : uitwisseling van informatie/gemengd commissariaat in Heerlen

\* Oprichting Euregionale taskforce drugs

Op de strategische conferentie werd afgesproken voor 2009 prioriteit te geven aan de aanpak van de drugsproblematiek en meer bepaald cannabis.

- Fedland : direct samenwerkingsverband tussen federaal parket en landelijk parket, met doel strijd tegen de georganiseerde criminaliteit met accent op drugshandel en dan voornamelijk aanpak van synthetische drugs.

- Bovenregionale recherche Zuid-Nederland : direct samenwerkingsverband tussen federaal parket en parket 's Hertogenbosch gesteund door Nederlands College PG, uitgebreid tot de gehele grensstreek. Binnen de 7 prioriteiten bepaald inzake middencriminaliteit', waaronder drugs, worden telkens 4 dossiers bepaald in onderlinge overleg waarop gewerkt kan worden.

Tenslotte dienen nog de volgende lokale samenwerkingsverbanden vermeld :

- Limburgse stuurgroep drugs (LSD)

Deze stuurgroep bestaat uit drie betrokken politiezones en de arrondissementscommissaris.

Tweesporenbeleid werd uitgetekend met luik aanpak drugsrunners (gecoördineerd door Dirjus Tongeren en luik aanpak drugstoeristen (gecoördineerd door Dirco Tongeren).

- Regio Hainaut Occidental

- Samenwerking in het arrondissement Doornik tussen het parket, de lokale en federale politie en de burgemeesters, geconcretiseerd in een geïntegreerd actieplan rond drugs en megadancings.

### 3.5. Federaal Wetenschapsbeleid

#### 3.5.1. Inleiding

Een van de missies van Federaal Wetenschapsbeleid is de toepassing van wetenschappelijke en technische middelen ter ondersteuning van de bevoegdheden van de Federale overheid. Het «Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs» maakt deel uit van de instrumenten die worden ontwikkeld om deze taak te vervullen.

#### 3.5.2. Ontstaan van het onderzoeksprogramma

Op 5 juli 2001 heeft de Ministerraad het voorstel tot verdeling van de bij beslissing van de Raad van 19 januari 2001 gereserveerde provisie van 500 miljoen BEF (12.394.676 EUR) voor de federale beleidsnota «Drugs» goedgekeurd. In dit kader lanceerden de toenmalige DWTC, het huidige Federale wetenschapsbeleid, het «Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs». De eerste oproep had plaats in 2001, voor een budget van 910.000 EUR.

Federaal Wetenschapsbeleid lanceerde in februari 2009 de achtste oproep voor onderzoeken die in het kader van dit programma worden uitgevoerd.

#### 3.5.3. Kenmerken van het onderzoeksprogramma

Dit onderzoeksprogramma heeft de bedoeling bij te dragen tot het vergroten van de kennis die vereist is bij het beleidsvoorbereidende werk op Belgisch federaal vlak.

De oproepen staan open voor universitaire instellingen, wetenschappelijke overheidsinstellingen, onderzoekscentra en gespecialiseerde studie bureaus zonder winstoogmerk waarvan het wetenschappelijk onderzoek in de statuten of in de opdracht werd ingeschreven. Van alle onderzoekers wordt verwacht dat zij werk van internationaal niveau leveren, ook als zij geen gebruik maken van de mogelijkheid met buitenlandse onderzoekers samen te werken.

De onderzoeksvoorstellen worden op hun wetenschappelijke waarde geëvalueerd door buitenlandse wetenschappelijke experts. Het interdepartementale coördinatiecomité geeft een advies over de beleidsrelevantie van de voorstellen.

In het kader van het programma Drugs is de medewerking van personen die op de verschillende gebieden van de Federale overheid en het middenveld (in de ruimste zin van het woord) samenwerken, zowel een kans als een noodzaak. Elk onderzoek heeft zijn eigen begeleidingscomité. Het begeleidingscomité is een forum van potentiële gebruikers van de resultaten van het onderzoeksproject en andere onderzoekers. Het fungeert als klankbord voor de personen die aan het project meewerken, door de uitwisseling van meningen tussen het onderzoeksteam en andere collega's en experts.

De onderzoeken monden onder andere uit in een door een ruim publiek leesbare tekst die de onderzoeksresultaten weergeeft.

#### 3.5.4. Overzicht van de onderzoekscontracten (2002-)

De website (5) van Federaal Wetenschapsbeleid vermeldt de onderzoeksploegen, de duur, de beschrijving en de samenvatting van het onderzoek.

DR/01 : Substitutiebehandeling in België : ontwikkeling van een model ter evaluatie van de verschillende types van voorzieningen en van de patiënten

DR/02 : Actie-Onderzoek over de aflevering van methadon in de publieke officina in België

DR/03 : Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast en dit vanuit verschillende invalshoeken

DR/04 : Voorspellende waarde van een geïntegreerd kwetsbaarheidsmodel gebaseerd op een Nederlandse en Franse aanpassing van de ASAM-criteria bij de keuze van de behandeling van drugsgebruikers

DR/05 : Haalbaarheidsonderzoek voor de evaluatie van behandelcentra voor patiënten met dubbeldiagnose

DR/06 : Psychiatrische effecten van cannabisgebruik : een kritische analyse van wetenschappelijke resultaten en onderzoeksmethoden

DR/07 : Substitutiebehandeling in België : ontwikkelen van een model ter evaluatie van de verschillende types van voorzieningen en van de patiënten (Fase II)

DR/08 : Onderzoek naar de effectiviteit van behandelingsprogramma's, specifiek voor patiënten met een dubbele diagnose

DR/09 : Meta-analyse van de impact van lokale projecten drugoverlast (METAN)

DR/10 : Heroïne verstrekking op medisch voorschrift. Haalbaarheidsstudie en klinisch, economisch en criminologisch protocol (DHC0)

DR/11 : Problematisch gebruik van drugs

DR/12 : Case management in de verslavingszorg en justitiële sector

DR/13 : Uitwerken van een methodiek voor de evaluatie van het drugsbeleid in België, in de sector gezondheid

DR/14 : Meta-analyse van het onderzoek naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het medicinaal gebruik van cannabis

DR/15 : Actie-Onderzoek over de aflevering van methadon in de publieke officina in België

DR/16 : Effecten van de verschillende justitiële afhandelingen voor druggebruikers

DR/17 : Effectiviteit en efficiëntie van medicamenten gebruikt voor substitutie (SUBST-OP)

DR/18 : Longitudinale studie over de effecten van cannabisgebruik op de fysische en psychosociale gezondheid

DR/19 : Rijden onder invloed van psychoactieve stoffen (ROPS)

DR/20 : Implementatie van kennis aangaande drugs bij politie en magistratuur

DR/21 : Onderzoek naar de effectiviteit van behandelingsprogramma's, specifiek voor patiënten met een dubbele diagnose

DR/22 : Monitor integraal (lokaal) drugbeleid

DR/24 : Drugs in cijfers II

DR/25 : Kennis en toepassing van evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg

DR/26 : Druggebruik en psychopathologie in gevangenen

DR/27 : Profileren van ecstasytabletten (XTsee)

DR/28 : Zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg

DR/29 : nEWS on EWS (N-EWS)

DR/30 : Definiëring en meting van druggerelateerde criminaliteit

DR/31 : Chemische profilering van afvalstoffen uit de clandestiene productie van drugs

DR/32 : Cocaïne en metabolieten in Belgische afval- en oppervlaktewaters

DR/33 : Do's en don'ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid (DODONBEL)

DR/34 : Studie van het marktaandeel van cannabis die in België wordt geteeld op de Belgische cannabismarkt (GEOCAN)

DR/35 : Haalbaarheidsstudie naar een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking (HARPA)

DR/36 : Onderzoek naar essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor interactie justitie en drughulpverlening (JUSTHULP)

DR/37 : Detectie van sporen van de productie van synthetische drugs in oppervlaktewater (GEOAMP)

DR/38 : Druggebruik onder vrouwelijke sekswerkers in België (DRUSEB)

DR/39 : Evaluatie Crisis en Case Management (ECCAM)

### 3.6. Mobiliteit

#### 3.6.1. Rijden onder invloed van drugs

##### 3.6.1.1. Preventie

Al vanaf de jaren 90 werden vanuit het BIVV campagnes opgezet tegen het gebruik van verdovende middelen in het verkeer.

Een overzicht :

- 1996 en 1999 : « Wel jong, niet gek! » : Deze campagne richtte zich naar de jonge bestuurder en duidde op de risico's van alcohol, snelheid, de gordel en het gebruik van drugs.

- 2001 : « ik rijd clean » : deze campagne had als doel om de occasionele gebruiker erop te wijzen dat hij best geen voertuig bestuurt als hij gebruikt heeft.

- 2002 en 2006 : « DRUGS EN RIJDEN bezorgen je een bad trip » : hierbij werden vooral folders en affichettes verspreid via de uitganggelegenheden.

- 2009 : « don't blow and drive » : deze internationale euregionale campagne was bedoeld voor Nederlandse, Belgische en Franse coffeeshopbezoekers en wees op de risico's van autorijden onder invloed van cannabis.

Op het ogenblik dat het gebruik van de speekseltest in voege zal treden zal een volgende grote publiekscampagne worden gevoerd.

##### 3.6.1.2. Staten-generaal

De Ministerraad van 18 mei 2001 besliste om de Staten-Generaal van de Verkeersveiligheid op te richten. Hierbij werd de doelstelling geformuleerd om het aantal doden 30 dagen tegen 2010 te verminderen tot maximum 750.

Als 2e probleem werd het fenomeen van de talrijke ongevallen te wijten aan rijden onder invloed van alcohol of drugs aangebracht.

Hierbij werden de volgende kwantitatieve doelstellingen voorgesteld voor drugs :

- Het aantal druggerelateerde doden bedraagt niet meer dan maximaal 48 tegen 2010.

- Het aantal druggerelateerde zwaargewonden bedraagt niet meer dan maximaal 545 tegen 2010.

- 1 op 10 van de bestuurders dient jaarlijks gecontroleerd te worden betreffende illegale drugs in verkeer. Dit komt overeen met 625.000 controles per jaar.

- De omvang van het rijden onder invloed van drugs bedraagt ten laatste tegen 2008 niet meer dan 1 % en voor de combinatie alcohol en drugs niet meer dan 0.5 %.

- De subjectieve pakkans is van die omvang dat voor minstens 90 % van de rijbewijshouders de kans op een drugscontrole heel groot is.

Momenteel worden vanuit de Taskforce, opgericht door het Interministerieel Comité voor de Verkeersveiligheid, de kwantitatieve doelstellingen geactualiseerd.

Doel is het huidig aantal drugscontroles te verhogen en te zorgen dat de controles beter gericht zijn naar plaatsen en tijdstippen alsook naar de thema's en de doelgroepen waarvan blijkt op basis van de ongevallenanalyse dat zij een substantiële bijdrage leveren tot de dodentol op de wegen.

##### 3.6.1.3. Handhaving - wetgeving : nieuwe initiatieven

Reeds voor de inwerkingtreding van de huidige wet (1999) toonde wetenschappelijk onderzoek aan dat rijden onder invloed van drugs verkeersonveilig is en leidt tot een verhoogd ongevallenrisico.

Door de invoering van de wet van 1999 maakte de wetgever het mogelijk voor politie en justitie om eindelijk controles uit te voeren en te vervolgen bij rijden onder invloed van drugs.

De objectieve pakkans blijft echter zeer laag. Een verklaring hiervoor vinden we in de omslachtige en langdurige procedure die een grote terughoudendheid tot gevolg heeft met betrekking tot de uitvoering van de testbatterij en de urinetest door de politiediensten.

Naast de objectieve is ook de subjectieve pakkans voor rijden onder invloed van drugs beperkt. Uit een attitudemeting van het BIVV in 2006 blijkt dat meer dan 70 % van de bevraagde personen de kans om gecontroleerd te worden als weinig of zeer weinig beoordeelt. Verder zijn heel wat mensen in de overtuiging dat, indien een bestuurder betrapt wordt op het gebruik van drugs, de kans op bestraffing eerder klein is (25 %).

De wet van 16 maart 1999 die het strafbaar karakter van het gebruik van andere stoffen die de rijvaardigheid beïnvloeden, heeft geïntroduceerd, is aan herziening toe.

Op 2 juli 2009 werd in de Kamer het wetsontwerp unaniem goedgekeurd dat het voor de politie mogelijk maakt om druggebruik in het verkeer op te sporen via een speekseltest. Die moet de huidige tijdrovende en omslachtige test vervangen.

Om drugs op te sporen, gebruikt de politie nu nog altijd een ruime set tests, die dan nog eens worden gevolgd door een urine- en bloedtest. Het geheel is echter zeer omslachtig en neemt veel tijd in beslag.

De procedure die werd aangenomen verloopt in 3 stappen :

1. overlopen van een checklist
2. afnemen van een speekseltest
3. afnemen van een speekselanalyse

De speekseltest wordt in verschillende landen toegepast. Hij werd getest door het Nationaal Instituut voor Criminologie en Criminalistiek. De betrouwbaarheid van de resultaten zou tussen de 70 en de 100 procent schommelen.

De wet van 31 juli 2009 scheidt de mogelijkheid om speekseltesten en speekselanalyses in te voeren voor het rijden onder invloed van drugs. De procedure met betrekking tot de openbare aanbesteding van speekseltesten is lopende en zal afgerond zijn tegen half 2010.

### **3.6.2 Rijden onder invloed van alcohol**

#### **3.6.2.1. Preventie**

In 1995 startte het Belgische Instituut voor de Verkeersveiligheid in partnership met de Arnoldus Groep van de Belgische Brouwersfederatie voor het eerst met de Bob-campagne. De campagne werd vanaf dat moment minstens één keer per jaar herhaald. Reeds vanaf het prille begin kende Bob een aanzienlijk succes.

Langzaamaan is Bob uitgegroeid tot hét symbool van de strijd tegen rijden onder invloed. 95 % van de Belgen kent Bob en weet waar hij voor staat (onderzoek uit 2002). Vier van de vijf rijbewijsbezitters is al eens Bob geweest en één op de vijf geeft aan door de campagne vaker Bob-afspraken te maken.

Bob zorgde voor een mentaliteitsverandering: de maatschappelijke afkeuring van rijden onder invloed is de laatste jaren aanzienlijk gestegen. De grote meerderheid van de bestuurders beschouwt rijden met meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed als een ernstige tot heel ernstige overtreding.

#### **3.6.2.2. Bob in Europa**

Sinds 2001 werd het Bob-concept met de steun van de Europese Commissie ook in andere landen van Europa een begrip. In totaal loopt de Bob-campagne in niet minder dan 17 Europese lidstaten.

Daarnaast zijn nog tal van andere initiatieven met steun van de overheid, zoals Drive up safety, Responsible young drivers e.d.

#### **3.6.2.3. Staten-Generaal**

Zoals reeds vermeld werd het fenomeen van de talrijke ongevallen te wijten aan rijden onder invloed van alcohol of drugs als probleem aangestipt.

Hierbij werden de volgende kwantitatieve doelstellingen voorgesteld voor rijden onder invloed van alcohol :

- Het aantal alcoholgerelateerde doden bedraagt niet meer dan maximaal 48 tegen 2010.
- Het aantal alcoholgerelateerde zwaargewonden bedraagt niet meer dan maximaal 545 tegen 2010.
- 1 op 10 van de bestuurders dient jaarlijks gecontroleerd te worden betreffende alcohol in het verkeer. Dit komt overeen met 625.000 controles per jaar.
- De omvang van het rijden onder invloed van alcohol bedraagt ten laatste tegen 2008 niet meer dan 3 % en voor de combinatie alcohol en drugs niet meer dan 0,5 %.
- De subjectieve pakkans is van die omvang dat voor minstens 90 % van de rijbewijshouders de kans op een alcoholcontrole heel groot is.

Analoog als bij de controles voor drugs in verkeer buigt de Taskforce zich momenteel over de actualisering van de doelstellingen zoals geformuleerd door de Staten-Generaal in 2002.

#### **3.6.2.4. Handhaving - wetgeving : nieuwe initiatieven**

Verlaging van de alcohollimiet voor bepaalde categorieën weggebruikers.

Op 17 januari 2001 heeft de Europese Commissie aanbevolen om het maximum toegelaten alcoholgehalte achter het stuur vast te stellen op 0,5 pro mille in alle landen van de EU en om dit gehalte te verlagen tot 0,2 pro mille voor de onervaren bestuurders, de bestuurders van tweewielige motorvoertuigen, de bestuurders van zwaar vervoer en de bestuurders die gevaarlijke goederen vervoeren.

Wij stellen voor om deze Europese stroming te volgen door het maximum toegelaten alcoholgehalte op 0,2 pro mille vast te leggen voor de hierboven vernoemde categorieën bestuurders.

Momenteel wordt deze regelgeving verder uitgewerkt in een werkgroep.

#### **3.6.2.5. Alcoholslot als sanctie**

Een alcoholslot is een elektronisch toestel, geïntegreerd in het voertuig, voor de analyse van uitgedemde lucht, verbonden aan de ontsteking van de motor. De bestuurder moet een staal uitgedemde lucht geven, telkens hij wil vertrekken. Indien de gemeten alcoholconcentratie hoger is dan een bepaalde grens zal het toestel verhinderen dat de wagen kan gestart worden.

Gelet op de positieve resultaten in het buitenland, bevestigd door een experiment van het BIVV met betrekking tot de recidive voor het rijden onder invloed van alcohol, is het aangewezen het alcoholslot op te nemen in de verkeerswetgeving als een mogelijke sanctie op gelijke voet met het verval van het recht tot sturen.

Volgens Beirness (2005) is in het buitenland aangetoond dat het effect van een alcoholslot op het voorkomen van recidive beter was dan dat van de intrekking van het rijbewijs. We zien in België dat een gedeelte van de overtreders het zich snel eigen maakt om te rijden zonder rijbewijs. De traditionele juridische antwoorden zijn niet altijd aangepast aan deze potentieel recidiverende doelgroep.

De wet van 12 juli 2009 voert het alcoholslot in als mogelijke sanctie in de wegverkeerswet. De uitvoeringsbesluiten met betrekking tot de technische voorwaarden waaraan het alcoholslot moet voldoen en de omkaderingsvoorwaarden zullen in het voorjaar van 2010 klaar zijn.

Op 1 april 2009 werd een nationale CAO gesloten betreffende het alcohol- en drugbeleid in de onderneming. Ingevolge deze CAO kan de transportsector overgaan tot de installatie van alcoholsloten in hun vrachtwagens en autocars. Vanuit het Staatssecretariaat voor Mobiliteit zal de sector hiervoor aangespoord worden.



### 3.6.3. Rijden onder invloed van medicatie

Sinds 1 oktober 1998 is in België een Koninklijk besluit van kracht waarbij een bestuurder van een motorvoertuig niet rijgeschikt wordt geacht als hij aan een lichamelijke of geestelijke aandoening lijdt die in het KB van 23 maart 1998 is opgenomen. Dat KB vermeldt onder meer neurologische aandoeningen, geestelijke aandoeningen, epilepsie, aandoeningen van hart en bloedvaten, diabetes en normen voor de visuele functies.

Ook bij het voorschrijven van geneesmiddelen moet de arts nagaan welke invloed het geneesmiddel heeft op de rijvaardigheid en de patiënt hiervan op de hoogte brengen.

De dokter bepaalt dus de rijgeschiktheid van de patiënt en de geldigheidsduur van het advies.

De patiënt die regelmatig in welke vorm dan ook, psychotrope stoffen gebruikt die een nadelige invloed op de rijvaardigheid kunnen hebben of die dusdanige hoeveelheden gebruikt dat het rijgedrag daardoor ongunstig wordt beïnvloed, is niet rijgeschikt. Hetzelfde geldt bij gebruik van alle andere geneesmiddelen of geneesmiddelencombinaties die de waarneming, de stemming, de aandacht, de psychomotoriek en het oordeelsvermogen ongunstig beïnvloeden.

Het is de plicht van de arts om de patiënt te informeren dat het rijbewijs moet worden ingeleverd wanneer men vaststelt dat de patiënt niet meer beantwoordt aan de vastgestelde medische normen. Vanaf dat moment ligt de verantwoordelijkheid bij de cliënt.

Inzake het rijden onder invloed van medicatie is momenteel geen wetgevend initiatief gepland.

## 3.7. Werk

### 3.7.1. Tabaksbeleid

Zowel de algemene sociale evolutie op het gebied van het beperkende gebruik van tabak, de steeds strengere eisen en de klachten van niet-rokers ten opzichte van aanwezige rook op de arbeidsplaatsen enerzijds als anderzijds de bekommernis voor de verbetering van het welzijn van de werknemers lagen aan de basis van de vervanging van de oude principes van hoffelijkheid tussen werknemers rokers en niet-rokers die sinds 1993 golden.

In het verlengde van het recht op een rookvrij sociaal klimaat werd het nodig geacht de omgevingsrook in de werkruimten stringenter te reglementeren.

Dit werd gerealiseerd door het koninklijk besluit van 19 januari 2005 betreffende de bescherming van de werknemers tegen de tabaksrook.

Meeroken op de werkplek is vanaf 1 januari 2006 verleden tijd.

De werkgever moet immers een rookverbod opleggen om zijn werknemers tegen tabaksrook te beschermen.

Door deze regelgeving wordt het recht op een rookvrije werkruimte en sociale voorzieningen ingevoerd. Het rookverbod voorzien in dit besluit geldt niet in deze horecazaken waar het roken voor het publiek momenteel nog is toegelaten.

Gevoerde informatie- en sensibiliseringsacties

- Tussen 1993 en 2005 verspreiding op grote schaal van de brochure « Roken op het werk » opgesteld en uitgegeven door de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg

- Op 21 oktober 2003 werd een studiedag in Brussel georganiseerd over « Rookbeleid in de ondernemingen » waar naast de bestaande regelgeving eveneens goede praktijken werden toegelicht.

- De Provinciale Comit es voor de bevordering van de arbeid hebben, via gedecentraliseerde acties in de provincies eveneens studiedagen omtrent roken op het werk georganiseerd.

- De FOD heeft in die periode ook meegewerkt aan het Witboek over rookbeleid in de bedrijven van de VUB (Prof. Van Roy) en aan artikels over roken op het werk »

Zoals elke reglementering betreffende het welzijn op het werk en de klachtenbehandeling hieromtrent valt ook het toezicht op de toepassing van deze reglementering onder de bevoegdheid van de arbeidsinspectie (Toezicht op het welzijn op het werk).

### 3.7.2. Alcohol- en drugsbeleid

De problematiek inzake alcohol en drugs op het werk is verstrekkend en grijpt niet enkel in op het functioneren op de werkvloer, maar ook op de leefomstandigheden van de werknemers zelf, van hun collega-werknemers, de werkgever en ten slotte maar niet in het minst op die van de familiale omgeving van de werknemer. Ze belangt dan ook de werknemers, de werkgevers en de overheid aan. De taak van de overheid bestaat erin de bedrijven aan te sporen en te ondersteunen bij het uitwerken van een preventief beleid ter zake.

Zo werd door de Minister van Werk op 28 juli 2006 een nota aan de Nationale Arbeidsraad overgemaakt met betrekking tot een « alcohol- en drugsbeleid binnen de onderneming ».

In het interprofessioneel akkoord van 2 februari 2007 namen de sociale partners zich vervolgens voor om een CAO te sluiten rond dit thema met het oog op een sterke sensibilisering van werkgevers en werknemers teneinde het gebruik van alcohol en drugs tijdens of met invloed op het werk te vermijden.

Dit resulteerde in de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 100 van 1 april 2009 betreffende het voeren van een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming.

Deze CAO scheidt een kader waarbinnen de onderhandelingen over het te voeren beleid in private ondernemingen moeten plaatsvinden. Hierin wordt bepaald dat de ondernemingen ten laatste op 1 april 2010 over een preventief alcohol- en drugsbeleid dienen te beschikken.

Dit beleid moet er op gericht zijn functioneringsproblemen ten gevolge van alcohol- en druggebruik te voorkomen en adequaat te reageren wanneer deze toch opduiken.

De nadruk leggen op het disfunctioneren van een werknemer zorgt voor een correcte, objectieve aanpak die bovendien efficiënt is doordat de werknemer op zijn arbeidsgedrag zelf aangesproken wordt, wat volledig binnen de relatie werkgever - werknemer valt.

Er wordt niet toegespitst op een problematisch gebruik van alcohol of drugs zelf. Of een gebruik problematisch is, is immers subjectief, aangezien het niet enkel afhangt van het genotmiddel zelf, maar ook varieert naargelang de persoon die en het milieu waarin het wordt gebruikt.

De CAO gaat uit van een sterke preventieve benadering van de alcohol- en drugproblematiek. De primaire preventie moet voorop staan.

Het is dus niet de voornaamste bedoeling om de werknemer te confronteren met het gebruik van alcohol of drugs zelf, maar wel met de gevolgen die dit gebruik kan hebben binnen de werksituatie.

Om de ondernemingen in de gelegenheid te stellen op een snelle en eenvoudige manier hun uitgangspunten en doelstellingen van het alcohol- en drugbeleid in het arbeidsreglement te kunnen vermelden, werd artikel 14 van de wet van 8 april 1965 tot instelling van de arbeidsreglementen aangepast in die zin dat hiervoor de normale overlegprocedure tot wijziging van het arbeidsreglement niet dient gevolgd te worden. Wanneer de werkgever in een tweede fase in uitvoering van de door hem uitgewerkte algemene beleidsnota, echt meer concrete regels wil gaan opstellen of bepaalde procedures wenst te voorzien bij vaststelling van een inbreuk op deze regels, dient hij uiteraard de normale regels rond de wijziging van het arbeidsreglement te volgen.

Gevoerde en geplande informatie- en sensibiliseringsacties

Doelgroepen :

Werkgevers, leden van de hiërarchische lijn, HRM-diensten, werknemers, preventieadviseurs; leden van de overlegorganen (comité voor Preventie en Bescherming op het werk en van de Ondernemingsraad)

Uitgedragen boodschappen :

- Problematisch alcohol- en drugsgebruik in de onderneming kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid, de veiligheid of meer algemeen, het welzijn van de betrokken werknemer, zijn collega's of de werkgever. We denken daarbij aan absentisme, een daling van de motivatie, de werkorganisatie die verstoord wordt, grensoverschrijdend gedrag, een aantasting van het imago van de onderneming...

- De problematiek van alcohol en drugs moet geïntegreerd worden in een globale preventiestrategie omdat het thema nauw verbonden is met gezondheids-, veiligheids- en psychosociale aspecten (stress).

- Op 1 april 2009 sloten de sociale partners van de NAR collectieve arbeidsovereenkomst nr.100 betreffende het voeren van een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming.

- Door deze nieuwe CAO zijn er initiatieven nodig gericht naar de hiërarchische lijn, managers, HRM, preventieadviseurs, syndicale afgevaardigden,... Acties zijn nuttig in de privésector (onderworpen aan de CAO), maar ook in de publieke sector (onderworpen aan de regelgeving over welzijn op het werk).

Activiteiten in 2009 :

- Leuven 5 juni 2009. Een preventief alcohol- en drugbeleid op het werk. Organisator : Provinciaal comité van Vlaams-Brabant voor de bevordering van de arbeid

- Brussel 1 oktober 2009 : Infosessie « een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming » (auditorium 2000- Heizel - meer dan 500 deelnemers) Organisator : afdeling promotie van de AD Humanisering van de Arbeid.

- Louvain-la-Neuve, 23 november 2009 : Prévoir et gérer les consommations d'alcool et autres drogues liées au travail. Organisator : Comité provincial du Brabant wallon pour la promotion du Travail.

- Chièvres, 27 novembre 2009 : Une politique préventive d'alcool et de drogue dans les entreprises. Organisator : Comité provincial du Hainaut pour la promotion du Travail.

### 3.7.3. Verdere aanpak van verslavingen door productgebruik op de werkplaats

#### 3.7.3.1. Tabaksbeleid

Op dit ogenblik is er een wetsvoorstel hangende in de Senaat (doc. 52- 1768/009) wat betreft de rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en de bescherming van werknemers tegen tabaksrook.

Dit wetsvoorstel beoogt het bovengenoemde koninklijk besluit van 19 januari 2005 samen te nemen met het koninklijk besluit van 13 december 2005 betreffende het rookverbod op openbare plaatsen om de bestaande versnippering ongedaan te maken door in één enkele regelgeving te zorgen voor een algemeen rookverbod op alle publieke plaatsen en op de werkvloer en dit zonder uitzonderingen.

#### 3.7.3.2. Alcohol- en drugbeleid

Op het gebied van alcohol- en drugbeleid op het werk wenst de minister van werk haar beleid op twee vlakken toe te spitsen.

Het gaat om enerzijds de verplichting voor iedere werkgever om een alcohol- en drugbeleid te voeren uit te breiden tot de overheidswerkgevers. Een CAO van de Nationale Arbeidsraad is enkel geldig voor de privé sector.

Anderzijds is het nodig om de invoering van een dergelijke verplichting te implementeren door het begeleiden van werkgevers, werknemers en preventiedeskundigen en door het toezicht op de naleving ervan te verzekeren. In de sensibilisatieplanning voor 2010 wordt voorzien :

- Het verspreiden van de brochure van de NAR : « Een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming. In overleg werken aan preventie ».

- De realisatie van een brochure over goede praktijken op het vlak van preventie (praktijkgerichte aanpak).

- Een affichecampagne

- Infosessies voor leden van de hiërarchische lijn over de nieuwe CAO en het opstellen van een preventiebeleid

- Het Nationaal Opleidingscentrum zal in het voorjaar van 2010 een studienamiddag organiseren over alcohol en drugs op het werk. (nieuwe CAO)

- De volgende provinciale comités voor de bevordering van de arbeid zullen infosessies organiseren over een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming : Vlaams Brabant (voorjaar 2010), West-Vlaanderen (Hoever staat het met de preventie één jaar na de invoering van CAO 100 ?), Actiecomité voor de bevordering van de arbeid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (voorjaar 2010, in het Nederlands en in het Frans)

- In het ESF-project psychosociale risico's zal expliciete aandacht besteed worden aan problematische alcohol- en drugsgebruik. Bijvoorbeeld : in het kader van de activiteit over « werkhervatting na lange afwezigheid ». Het betreft hier personen die na lange afwezigheid wegens burn-out, depressie (al dan niet ten gevolge van pesterijen), alcoholproblemen, een arbeidsongeval,... het werk hervatten en geconfronteerd worden met materiële en relationele problemen bij de herintegratie in het werkmilieu.

- Bovendien zal ook in de toekomst de nodige aandacht besteed worden aan deze problematiek via het verspreiden van nuttige informatie via de website [www.werk.belgie.be](http://www.werk.belgie.be), [www.beswic.be](http://www.beswic.be) en [www.respectophetwerk.be](http://www.respectophetwerk.be)

### 3.8. Vlaamse Overheid : Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- 2002 : uitbreiding van het aantal regionale preventiewerkers van 10 naar 20

- November 2006 : Gezondheidsconferentie (zie verder)

- 2007 : uitbreiding van het aantal regionale preventiewerkers van 20 naar 25

- 1 april 2008 : start van 9 preventieprojecten

### 3.9. Vlaamse Overheid : Vlaamse Regering

Op 6 maart 2009 keurde de Vlaamse Regering een actieplan Middelengebruik (of Tabak, Alcohol, Drugs) principieel goed. Dit plan werd vervolgens goedgekeurd door het Vlaams Parlement op 30 april 2009.

#### 3.9.1. Beleidsvisie

De preventie van gezondheidsschade veroorzaakt door tabak, alcohol en drugs is een complexe aangelegenheid. Willen we komen tot een effectief beleid, dan is een coherente, onderbouwde en realistische beleidsvisie noodzakelijk.

Na een korte probleemschets en de weergave van de gezondheidsdoelstelling die door de gezondheidsconferentie van november 2006 werd geformuleerd, gaat deze tekst in op de bestaande evidence voor een integrale aanpak : het gelijktijdig invoeren van een reeks van elkaar ondersteunende maatregelen, waarvan de effectiviteit is bewezen. Er bestaat in de internationale gemeenschap en in wetenschappelijke middens een sterke consensus over deze manier van werken, wat ook blijkt uit de internationale aanbevelingen en verdragen.

Deze aanpak wordt vervolgens vertaald naar een model van integrale benadering voor Vlaanderen, dat kan worden toegepast binnen alle sectoren en voor alle doelgroepen. Er wordt ook een overzicht gegeven van de beleidsdomeinen die een rol te spelen hebben, op de verschillende beleidsniveaus, en de bestaande mogelijkheden tot overleg en afstemming.

##### 3.9.1.1. Probleemstelling

Het Rapport 'Middelengebruik in Vlaanderen' (Van Hal, 2007) biedt een overzicht van het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs. De belangrijkste conclusies uit dit rapport (6) zijn de volgende :

- Gebruik en risicovol gebruik van middelen komen het meest voor bij mannen en bij leerlingen uit het BSO en TSO.

- Wat betreft het gebruik van cannabis bij scholieren ziet men tussen 2000 en 2005 een lichte daling in occasioneel en regelmatig gebruik. Bij de Vlaamse bevolking is er geen wijziging in het rookgedrag de afgelopen jaren. Men neemt hier wel een lichte stijging in het regelmatig gebruik van alcohol waar.

- Uit de registratiegegevens van de hulpverlening blijkt dat voornamelijk mannen met een alcohol- of drugprobleem in de hulpverlening terechtkomen. Ook ziet men dat alcoholproblemen voornamelijk behandeld worden op latere leeftijd, terwijl problemen met cannabis en andere illegale drugs op jongere leeftijd behandeld worden. Een groot deel van de cliënten die beroep doen op de hulpverlening gebruikt meer dan één middel.

Gebruik en/of misbruik van tabak, alcohol en illegale drugs kunnen schade veroorzaken aan individu, omgeving en samenleving. Hoewel de meerderheid van de bevolking alcohol drinkt, krijgt slechts een minderheid (5 à 10 %) problemen als gevolg van dit gebruik. Voor tabak geldt meer en meer dat niet-roken de enige gezonde keuze is. Ook voor het gebruik van illegale drugs deelt de meerderheid van de bevolking deze opvatting. Hoewel er specifieke deelgroepen bestaan die het recreatieve gebruik van (bepaalde) illegale drugs niet-problematisch vinden.

Problemen als gevolg van tabak, alcohol en illegale drugs zijn op de eerste plaats gezondheidsproblemen.

- Alcohol veroorzaakt naast fysieke gezondheidsproblemen ook psychische / psychiatrische problemen, economische schade (als gevolg van werkverzuim, niet functioneren, gemiste opleidingskansen), veiligheidsproblemen (in verkeer en op het werk), schade op omgevingsvlak (als slachtoffer van ongevallen, maar ook van geweld in gezinnen, van overlast) enz.

- Illegale drugs veroorzaken vergelijkbare problemen als alcohol en daarnaast ook nog eens problemen van criminaliteit en illegaliteit.

Ook genetische factoren spelen voor alcohol- en illegale druggebruik een rol, naast de al aanwezige psychische/psychiatrische problemen (co-morbiditeit). Daarenboven is er vaak sprake van combi- en polydruggebruik' (gelijktijdig gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs).

De veelheid aan factoren die problemen als gevolg van tabak-, alcohol- en illegale druggebruik kunnen veroorzaken, tonen aan dat we te maken hebben met een zeer complexe en multifactoriële problematiek, waarvoor geen eenvoudig preventie- of behandelingsmodel voorhanden is. De complexiteit van de problematiek met betrekking tot tabak, alcohol en illegale drugs vereist een integraal beleid, waarbij welzijn en gezondheid (7) het uitgangspunt vormt. Een welzijnsbevorderend beleid moet aan de basis liggen van een integraal beleid omdat het de ontstaansfactoren van middelengebruik gunstig beïnvloedt en ongelijkheid in gezondheid tegengaat.

##### 3.9.1.2. Gezondheidsdoelstellingen

De gezondheidsconferentie (november 2006) formuleerde volgende voorstellen van gezondheidsdoelstelling met betrekking tot middelengebruik :

« Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen ».

##### Illegale drugs

- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat ooit cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 14 % (in het schooljaar 2004 - 2005 was dit 19 %)

- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 7 % (in het schooljaar 2004 - 2005 was dit 9,9 %)

- Bij 18- tot 35-jarigen is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 8 % (in 2004 was dit 10,7 %)

Het gaat om streefdoelen die, afhankelijk van de kenmerken van het product en de doelgroep, verder dienen te worden geconcretiseerd. Gebruik terugdringen kan ondermeer betekenen :

- Voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen.

- Beginleeftijd uitstellen.

- Verantwoordelijk gedrag bevorderen.

- Vroegtijdige aanpak stimuleren (vb. stoppen met roken, vroegdetectie).

- Hulp aanbieden (vroeginterventie, behandeling, terugvalpreventie).

- Een gezonde leefomgeving waarborgen

De maatregelen op het gebied van de leefomgeving, die verschillen van product tot product, kunnen bestaan uit :

- vb. tabak : rookvrije omgeving garanderen

- vb. alcohol : maximum limiet alcohol in het verkeer handhaven

- vb. illegale drugs : vermijden van onduidelijkheid

### 3.9.1.3. Internationale aanbevelingen

De EU drugsstrategie 2005-2012 pleit voor een geïntegreerde en evenwichtige aanpak, waarbij het verminderen van het aanbod en het terugdringen van de vraag elkaar onderling versterken. Vermindering van het aanbod omvat alle wetshandhavingsinterventies en -acties die gericht zijn tegen drugsproductie, illegale drugshandel, het misbruik van in de EU ingevoerde precursoren voor synthetische drugs, de financiering van terrorisme en witwassen van geld i.v.m. drugscriminaliteit.

De zogenaamde demand reduction strategie omvat maatregelen op het vlak van preventie, vroegtijdige interventie, behandeling, schadebeperking, rehabilitatie en maatschappelijke herintegratie. Zij sluit nauw aan bij de Vlaamse bevoegdheden.

Subdoelen die in het EU drugsactieplan 2005-2008 binnen deze strategie naar voren worden geschoven, omvatten :

1. Beter bereik en meer effectieve verspreiding van beproefde methodes om de vraag terug te dringen
2. Toegang tot en doeltreffendheid van programma's op school verbeteren
3. Selectieve preventie en nieuwe manieren om het bereiken van doelgroepen te stimuleren en verbeteren
4. Methoden voor vroegsignalering en vroegdetectie verbeteren
5. Gerichte en gediversifieerde behandelings- en rehabilitatieprogramma's aanbieden
6. Kwaliteit van behandelingsprogramma's verbeteren
7. Alternatieven voor gevangenisstraf voor druggebruikers en drugshulpverlening voor gedetineerden blijven ontwikkelen
8. Preventie van gezondheidsrisico's die verband houden met druggebruik
9. Beschikbaarheid van en toegang tot voorzieningen ter beperking van schade
10. Preventie van verspreiding van HIV/AIDS, Hepatitis C en andere via bloed overdraagbare infecties en ziekten
11. Vermindering van het aantal drugsdoden

### 3.9.1.4. Een integrale, beleidsmatige aanpak voor Vlaanderen

De consensus over het te volgen traject voor tabak-, alcohol- en illegaledrugpreventie is zeer groot omdat de evidence hieromtrent eenduidig en sterk is. Een integrale benadering leidt tot een daling van het aantal gebruikers en een vermindering van de schade als gevolg van gebruik. Bovendien is voor tabak, alcohol en illegale drugs ook de kosteneffectiviteit van de integrale benadering becijferd én aangetoond.

In deze integrale aanpak vertrekken we van een beleidsmatig model van tabak-, alcohol- en illegale druggebruik, waarin persoonsgerichte en omgevingsgerichte interventies of strategieën thuishoren. Samen vormen zij de basis voor een effectief beleid. Om de gezondheidsdoelstellingen over het gebruik van deze middelen in Vlaanderen te realiseren is nauwe samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus essentieel.

In deze integrale benadering onderscheiden we 3 werkniveaus.

#### 1. Vlaams niveau

Het gaat hier om een omgevingsgerichte aanpak, waarbij de aanpassing van de omgeving de gezonde keuze het makkelijkst maakt.

- **Beleid** : een globaal Vlaams actieplan voor tabak, alcohol en drugs met productspecifieke klemtonen, groepeerde de verschillende maatregelen en strategieën die op de verschillende bevoegdheids- en werkniveaus dienen te worden genomen om een globaal en effectief beleid te kunnen voeren.

- **Financiering** : uitbouwen en financieren van een goed gestructureerd preventie- en hulpverleningsaanbod : het aanbod en de vorming en opleiding kan deels gemeenschappelijk, maar moet ook deels productspecifiek worden uitgewerkt. Het gaat om een facettenbeleid waarin verschillende beleidsdomeinen en -sectoren zich engageren (incentives, vorming en opleiding).

- **Voorlichtingscampagnes** : informeren en sensibiliseren om een maatschappelijk draagvlak te creëren voor wetgevende initiatieven en stimuleren van normsetting via regelmatig weerkerende campagnes (productspecifiek).

Zolang de huidige bevoegdheidsverdeling op het gebied van gezondheid van kracht is, moet een effectief Vlaams beleid worden versterkt op het federale niveau :

- **Wetgeving** :

- **Tabak** : prijsverhoging; verbod op reclame, gezondheidswaarschuwingen op tabaksproducten, rookverbod in openbare plaatsen,...

- **Alcohol** : taxatie op alcoholproducten (prijsverhoging), regulering reclame en promotie, wettelijke leeftijdsgrenzen (beschikbaarheid), begrenzing rijden onder invloed,...

- **Illegale drugs** : eenduidige wetgeving met gezondheid en welzijn als uitgangspunt.

- **Controle** : naast wetgeving moet controle op toepassing degelijk worden uitgewerkt en is monitoring, evaluatie en bijsturing van het beleid nodig (deels productspecifiek, deels gemeenschappelijk).

#### 2. Lokaal niveau

Ook hier gaat het om een omgevingsgerichte aanpak, waarbij de aanpassing van de plaatselijke omgeving de gezonde keuze het makkelijkst maakt.

- **Lokale regels en voorschriften**

- **Ontwikkelen van een lokaal beleidsplan rond tabak, alcohol en illegale drugs in gemeenten** : vanuit een gemeenschappelijke noemer, maar met specifieke accenten

- Lokale toepassing en ondersteuning van bestaande wetgeving

- Lokale regelgeving (vb. vergunningsbeleid)

- **Sociaal draagvlak**

- **Betrekken van lokale NGO's en lokale gemeenschap om maatschappelijk draagvlak te creëren voor het lokale beleid** (sensibiliserende acties en informatieverstrekking naar algemene doelgroepen)

- Lokale campagnes om specifieke doelgroepen/settings te sensibiliseren

- **Ondersteuning van lokale besturen ivm methodieken door LOGO's**



- Omgevingsinterventies

- Beleidsmatige aanpak op organisatieniveau in verschillende sectoren (school, werk, jeugdwerk, welzijnssector, gezondheidssector, vrije tijd,...). Gemeenschappelijke kadermethodiek, aangevuld met productspecifieke interventies
- Afstemming tussen sectoren op lokaal vlak
- Benadering gericht op specifieke doelgroepen (vb. mensen in armoede, gedetineerden) of op de integrale bewoners van een buurt of stad (territoriale aanpak). De acties omvatten zowel educatieve maatregelen als veranderingen in de fysieke omgeving of het beleid.
- Lokaal aanbod aan vroeginterventie-initiatieven
- Regionaal en lokaal hulpverleningsaanbod
- Regionaal aanbod initiatieven harm reduction

3. Individueel niveau

Het individuele niveau vertrekt steeds van de persoon in zijn/haar sociale omgeving. Bedoeling is de emancipatie en de autonomie van mensen te bevorderen door het aanbieden van correcte informatie, het werken aan attitudevorming en normstelling en het aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden. Op dit continuüm horen verder ook vroeginterventie en behandeling thuis.

- Educatie met betrekking tot tabak, alcohol en illegale drugs: vertrekkende van een algemene basis van gezondheidspromotie zijn specifieke preventie-initiatieven nodig voor tabak, alcohol en illegale drugs, afhankelijk van kenmerken en noden van de doelgroepen (maatwerk). Deze initiatieven kunnen zich richten op 3 niveaus :

- Groepsbenadering (vb. in klassen, clubs, verenigingen)
- Wijkbenadering (vb. community actie)
- Settingbenadering (vb. in onderwijs, bedrijven, sportsector, vrije tijd, ...)
- Deze initiatieven moeten structureel worden ingebouwd en kaderen binnen een beleidsmatige aanpak van middelenmisbruik op organisatieniveau
- Interventie : gemeenschappelijke kadermethodiek, aangevuld met productspecifieke interventies
- Vroeginterventie : screening op eerste lijn van potentiële risicogroepen (selectief of geïndiceerd); motivatiebevordering; kortdurende interventies en begeleiding
- Terugvalpreventie : ondersteuning op 1ste eerste lijn, via zelfhulp...
- Behandeling : (enkel van toepassing op alcohol en illegale drugs)
- Gediversifieerd hulpverleningsaanbod voor behandeling van (problematische) gebruikers (ambulant/residentieel)
- Zorgaanbod (vanuit welzijnssector - care versus cure)
- Harm reduction strategie : preventie van andere ziekten en gezondheidsrisico's door het bereiken van problematische gebruikers via substitutie, spuitenruil, zorgaanbod (Bed, Bad, Brood), early warning...

Een integrale, beleidsmatige aanpak uitvoeren in Vlaanderen is een uitdaging, ondermeer omdat Vlaanderen momenteel niet over de bevoegdheden beschikt om alle nodige maatregelen te nemen. Samenwerking tussen de Vlaamse en federale overheid is dan ook nodig.

**3.9.1.5. Afstemming tussen verschillende bevoegdheden**

Voor een optimale uitvoering van de acties in dit plan is er overleg en afstemming nodig met andere overheden en bevoegdheden, met name die op het federale niveau. De bevoegdheden van de Vlaamse minister voor Volksgezondheid inzake preventie zijn uiteraard cruciaal maar volstaan niet altijd voor alle deelaspecten. Zelfs bij acties waarvoor ze wel volstaan, kunnen de effecten aanzienlijk worden verhoogd door een optimale aansluiting bij een integraal facettenbeleid. Daartoe moeten er eventueel samenwerkingsafspraken en -protocols worden afgesloten, zowel voor de afstemming als de co-financiering.

Op het vlak van volksgezondheid beschikken we momenteel al over twee instrumenten om deze afstemming waar te maken, met name de interministeriële conferentie volksgezondheid en specifiek voor deze thema's ook de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Er moet blijvende aandacht gaan naar het optimaliseren van de werking van deze twee organen. Daarnaast is het belangrijk dat ook de Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Drugs hun taken waarmaken. De Vlaamse delegatie in de Algemene Cel Drugsbeleid bevat vertegenwoordigers van Volksgezondheid, Welzijn, Onderwijs en Jeugd.

Maar overleggen is natuurlijk niet genoeg. We hebben vooral nood aan effectieve samenwerking op het terrein en cofinanciering. Het nieuwe voorstel van samenwerkingsakkoord over het tabaksfonds dat werd uitgewerkt binnen de Cel Gezondheidsbeleid Drugs kan in dat opzicht als model dienen.

Om de slagkracht van dit globale actieplan nog meer te verhogen, kan best ook samenwerking vorm krijgen tussen Vlaanderen en de lokale gemeentelijke en provinciale overheden, bijvoorbeeld om een lokale intersectorale aanpak te realiseren. Vlaanderen beschikt over meerdere formules om dergelijke interbestuurlijke samenwerking te organiseren. Het decreet betreffende Lokaal Sociaal beleid kan hier als basis dienen. Ook het preventiedecreet voorziet de mogelijkheid van afspraken tussen de Vlaamse Gemeenschap en de provinciale en/of gemeentelijke overheden betreffende de coördinatie van het facettenbeleid.

**3.9.2. Sectoren en doelgroepen**

- School
- Werkplek
- Vrije tijd
- Jongeren met een hoogrisicoprofiel in voorzieningen van Bijzondere Jeugdzorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- Gevangenen
- Lokale besturen
- Welzijns- en gezondheidswerkers
- Gezinnen
- Doelgroepen voor hulpverlening

### 3.9.3. Krachtlijnen voor actie

#### Structurele krachtlijnen

- Afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden voor Vlaamse actoren
- Optimale en doelmatige aanwending van de capaciteit voor uitvoering op het terrein
- Investeren in registratie, monitoring en effectevaluatie

#### Strategische krachtlijnen

- Impact van de bestaande preventieve acties verbeteren
- Methodieken rond tabak, alcohol en drugs integreren waar mogelijk
- Uitbouw van rookstopbegeleiding en vroeginterventie voor alcohol- en drugproblemen
- Systematische aandacht voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden) en gendersverschillen.

## 3.10. Franse Gemeenschap

### 3.10.1. Bevoegdheden

De Franse Gemeenschap is bevoegd inzake gezondheid voor de persoonsgebonden materies. Op het vlak van verslaving heeft zij ruime bevoegdheden in termen van gezondheidsbevordering (met inbegrip van preventie).

### 3.10.2. Bronnen

Het decreet van 14 juli 1997 (BS 29/08/1997) gewijzigd door het decreet van 17 juli 2003 (BS 21/08/2003) organiseert de sector van de Gezondheidspromotie.

Het decreet voorziet dat het beleid van de Franse gemeenschap inzake gezondheidspromotie wordt uitgezet in een vijfjarenprogramma, waarvan het eerste loopt over de periode van 1998-2003, het tweede over de periode 2004-2008 (verlengd tot 2010). In deze programma's zijn de prioriteiten beschreven in termen van doelgroep, strategieën, actoren en problematieken. Het tweede vijfjarenprogramma wordt concreet aangestuurd door een Operationeel Gemeenschapsprogramma (OGP) voor de jaren 2008-2009 (verlengd tot 2011) waarin de doelstellingen in prioriteiten worden opgedeeld. Verslavingen worden hierin opgenomen als een prioriteit.

### 3.10.3. Acties

De preventie van verslavingen wordt in essentie georganiseerd via het subsidiëren van projecten (niet te verwarren met een erkenning van diensten); deze projecten zijn meestal gespreid over meerdere jaren, zodat de promotoren ze op lange termijn kunnen ontwikkelen. De optiek van gezondheidspromotie wordt als richtsnoer gebruikt. Deze projecten zijn gebaseerd op de strategieën voor gezondheidspromotie (8) en beantwoorden aan criteria voor de toekenning van subsidies :

- **Prioriteitsgraad** (in functie van het vijfjarenprogramma en van het OGP - in welke mate ze voldoen aan behoeften, prioritaire problematieken, doelgroepen en strategieën);
- Voorstelling van een analyse van de startsituatie, van doelstellingen, strategieën, geplande acties, middelen en van een evaluatie van het proces en van zijn effecten; coherentie tussen deze verschillende elementen;
- **Pertinentie** van de gekozen doelstellingen, van het proces, van de evaluatie;
- **Leveren van een meerwaarde** (met het oog op de continuïteit van de effecten).

De meeste diensten en verenigingen die projecten indienen krijgen overigens al subsidies van andere voorgedijoverheden voor activiteiten die zich doorgaans binnen de sector van de zorg, de opvoeding of de psychosociale begeleiding situeren. De verschillende luiken van hun activiteiten zijn wederzijds kruisbestuivend.

Vanuit geografisch standpunt, kunnen de gesubsidieerde projecten een draagwijdte hebben die varieert van een zeer beperkte zone (bij voorbeeld de schoolkinderen van een dorp of gemeente) tot het geheel van de Franse Gemeenschap.

In termen van bevolkingsdoelgroepen zijn de meeste acties gericht naar de **schoolplichtige bevolking** via de professionals van de scholen of van de gespecialiseerde opvangstructuren (Aide à la Jeunesse, AWIPH, jeugdhuizen, etc.) en in mindere mate via de ouders. De specifieke acties rond risicobeperking zijn gericht op een bevolking van occasionele of reguliere druggebruikers in hun « natuurlijke » omgeving (feestjes, gevangenis, straat, enz).

Om deze « verborgen » populaties te bereiken maken de projecten onder meer gebruik van middelen zoals « preventie onder gelijken » (zgn. sneeuwbaloperaties ).●

● Op het vlak van de problematiek(en) die in de projecten worden behandeld : de meeste projecten passen binnen de logica van preventie van verslavingen zoals die is gedefinieerd in het kader van de gezondheidspromotie (globale benadering) **en richten zich niet bepaald op één of meerdere producten**

● Sinds september 2007 zijn steunpunten verslavingen' opgericht in elk arrondissement van de Franse Gemeenschap. Het gaat om een missie die is toevertrouwd aan de lokale centra gezondheidspromotie, die toelaat om de link te leggen tussen scholen en het hele aanbod inzake verslavingen.

➤ Projectsubsidies voor onderzoek en/of voor acties ter bevordering van de gezondheid binnen het domein verslavingen (tabak, alcohol, illegale drugs).

In 2004 : 18 projecten gesubsidieerd (waaronder 3 in cofinanciering in het kader van INTERREG)

- Daarvan waren er 4 projecten die 1 jaar duurden, 14 meerjarenprojecten.
- 10 projecten op lokale schaal en 8 op Gemeenschapsniveau.

In 2005 : 17 gesubsidieerde projecten (2 en cofinanciering in het kader van INTERREG)

- 17 meerjarenprogramma's.
- 9 lokale projecten en 8 Gemeenschapsprojecten.

In 2006 : 18 gesubsidieerde projecten (waarvan 2 in cofinanciering in het kader van INTERREG)

- 3 projecten van 1 jaar, 15 meerjarenprojecten.
- 12 lokaal, 6 Gemeenschapsbreed.

In 2007 : 16 gesubsidieerde projecten

- 13 meerjarige projecten
- 10 projecten op lokaal niveau et 6 op gemeenschapsniveau.

In 2008 : 15 gesubsidieerde projecten (waarvan één in cofinanciering in het kader van INTERREG)

- 14 meerjarige projecten
- 9 projecten op lokaal niveau en 6 op gemeenschapsniveau.

● Deze projecten omvatten :

(a) *Informatie- en documentatiecentra*

- Uitlenen en raadplegen van documenten rond diverse aspecten van drugs- en verslaafdheidsverschijnselen (medisch, sociaal, economisch, farmacologische, juridisch enz.), preventietools, hulp bij het schrijven van werken en eindwerken...

- Deze centra worden voornamelijk geraadpleegd door studenten (secundair en hoger onderwijs) leerkrachten, diverse sociale actoren en ouders.

(b) *Opvang en oriëntatie*

Via permanenties en/of telefoonlijnen en/of elektronische permanentie : antwoorden op hulpoproepen of vragen naar informatie rond gebruik, producten, ... Eventuele doorverwijzing naar therapeutische centra.

(c) *Opleidingen voor volwassenen*

. Deze opleidingen zijn vooral bedoeld voor de volwassen vertrouwenspersonen voor jongeren.

. Het gaat meestal over professionals die al aan het werk zijn (leerkrachten, opvoeders, psychologen, sociaal assistenten, animatoren, gezinshelpers, vertrouwenspersonen,...) maar ook over toekomstige leerkrachten (opleidingen in hogescholen).

. Ook oudergroepen kunnen opleidingsmodules volgen.

. Ces modules de formation visent tant le savoir théorique que le savoir-faire et le savoir-être. Zij verkennen, los van de producten, de verschillende betekenissen van gebruik, zodat zij de volwassenen zouden toelaten een betere band met de jongeren te ontwikkelen, en zij over geloofwaardigheid zouden beschikken in hun interventies bij jongeren (betrouwbaarheid van de informatie, respectvolle houding en afwezigheid van oordelen).

(d) *Interventies en projectbegeleidingen in instellingen en diensten*

- Analyse van de vraag, begeleiding met inbegrip van opleiding, toezicht...

- Begeleiding van volwassenen, professionals en/of vrijwilligers (en van jongeren) in het analyseren en beheren van een situatie of van een project, in het opzetten van werk- en denkgroepen binnen de instellingen. Betrokkenheid van ouders door bevordering van reflectie- en uitwisselingsfora tussen ouders en opvoedende actoren over thema's als opvoeding, gezag, verslaving en afhankelijkheid in het algemeen.

(e) *Verspreiding*

. Wetenschappelijke artikels, conferenties, publicaties, persoverzichten, internetsites.

(f) *Overleg en platforms op lokaal, gemeenschaps- en internationaal niveau*

● Samenwerking / overleg / sectoriële en intersectoriële netwerken met vertegenwoordigers van diverse psycho-, sociaal- en medische sectoren rond verbruik, preventie, maar ook onder andere rond ouderschap bij druggebruikers.

(g) *Actie-onderzoek betreffende risicobeperking (zie volgend punt)*

(h) *Onderzoek*

Pascale Jamouille, Une anthropologie des conduites à risque dans les zones marquées par la précarité, (2004).

➤ *Risicobeperking*

● De risicobeperking is een gezondheidsstrategie die beoogt de schade te voorkomen die verbonden is aan het gebruik van psychotrope stoffen; risicobeperking betreft alle vormen van gebruik, hetzij experimenteel, recreatief, punctueel, misbruik of in het kader van een afhankelijkheid. Deze strategie wordt gebruikt voor illegale stoffen en voor legale stoffen, zoals alcohol en tabak.

● De doelgroepen zijn onder andere :

- o De injecterende druggebruikers
- o Cannabisgebruikers
- o Druggebruikers in het uitgaansmilieu
- o Druggebruikers in de gevangenis
- o Al dan niet in verslaving gespecialiseerde hulpverleners

● Algemene doelstellingen : de gezondheid van druggebruikers bevorderen; hun responsabilisering bevorderen, hun gezondheidsrisico's beperken en un sociale uitsluiting beperken (of het risico op sociale uitsluiting), het aanbieden van alternatieven voor het risicovol gedrag en het versterken van de maatregelen inzake beperking van de schade door het druggebruik (met inbegrip van deze voor de familiale en nabije omgeving, en de wijk in het algemeen).

● Operationele doelstellingen :

- o Toegankelijkheid tot informatie
- o Toegankelijkheid tot steriel injectiemateriaal
- o Doorverwijzing naar hulp- en zorgstructuren
- o Peer-preventie, vorming
- o Interventies in het uitgaansmilieu, zowel ten aanzien van de deelnemers als van eigenaars van uitgaansgelegenheden
- o Testing in het uitgaansmilieu en deelname aan het early warning system/vroegtijdig alarmeringssysteem

- Dit betreft :

*Verspreiding van informatie :*

. Informatiestands en preventie door leeftijdsgenoten in het uitgaansmilieu : de activiteiten tijdens het evenement omvatten het verspreiden van informatie over drugs, over het voorkomen van seksuele risico's, over plaatselijke diensten,... Maar ook het uitdelen van condooms (+ glijmiddel) en preventie van dehydratie. Aan de hand van vragenlijsten wordt informatie verzameld over druggebruik en over gebruikersgedrag. Er worden "leeftijdsgenoten" opgeleid (en betaald!) en uitgekozen volgens de muziek die tijdens het evenement op het programma staat.

*De brochures :*

. Er werden in de Franse gemeenschap, in samenwerking met een aantal instanties, brochures opgesteld die de risico's bij jonge druggebruikers moeten doen dalen. In 2003 hadden de beschikbare brochures betrekking op : xtc, cannabis, lsd & paddenstoelen, speed & amfetamines, cocaïne, heroïne, psychotrope geneesmiddelen, alcohol.

. Het voorkomen van overdosissen : brochures ter grootte van een kredietkaart die 4 folders bevatten over het voorkomen van overdosissen werden uitgedeeld in de Franse gemeenschap.

*Beheer van "bad trips" :*

Een team van psychologen, verpleegkundigen en een psychiater is aanwezig op bepaalde muziekfestivals en richt zich op druggebruikers die te maken krijgen met een bad trip. Het is de bedoeling om "overmedicalisering" en/of hospitalisatie van gebruikers te vermijden door ter plaatse hulp te bieden.

*Experimenteel project pill testing :*

Kwam tot stand in samenwerking met een aantal laboratoria tijdens een aantal festivals van de Franse gemeenschap. Dit project wordt gezien binnen een ruimer kader; het biedt objectieve en concrete informatie en velt geen moreel oordeel. Dit initiatief wil jongeren er uiteraard niet toe aanzetten te gebruiken, maar wil hen doen nadenken over druggebruik en hen alle nodige hulp bieden om hun gebruik in de hand te houden en risico's die ermee gepaard gaan te vermijden. Bij alle projecten die worden gefinancierd door de Franse gemeenschap behoort een evaluatie tot de opdrachten.

➤ Preventie van infectieziekten

- Een aids-preventieplatform, gesubsidieerd door de Franse gemeenschap, werd opgericht door een aantal ngo's om projecten op te zetten voor de hele bevolking. Modus Vivendi coördineert de preventie en richt zich specifiek op druggebruikers (ook in de gevangenis). Er worden een aantal diensten aangeboden :

1. opstellen en verspreiden van informatie (met name via brochures) over de beschikbare hulp, overdraagbare ziektes (aids, hepatitis B en C...) en andere risico's (voor gevangenen werd er een brochure opgesteld over geneesmiddelengebruik);

2. flyers kalender met de adressen van verschillende spuitenuilprogramma's;

3. de brochure "shooter propre" richt zich tot intraveneuze druggebruikers en geeft informatie over injecteren zonder risico op besmetting.

Er dient te worden opgemerkt dat de informatiebrochures werden opgesteld met medewerking van druggebruikers en dat ze worden aangepast aan de milieus waarop ze zich richten.

- De "sneeuwbalenquêtes" (hiv, hepatitis en andere risico's), die deel uitmaken van het preventieproject door leeftijdsgenoten, trachten via een sneeuwbalmethodologie door te dringen tot doelgroepen die niet makkelijk te bereiken zijn. (Ex-)druggebruikers wordt een kortetermijncontract aangeboden ("als jobstudenten"), en krijgen opleiding over hiv, hepatitis of het voorkomen van overdosissen. Na de opleiding keren de "jobstudenten" terug naar het terrein om druggebruikers aan te spreken, hun preventieboodschap en -materiaal door te geven en nieuwe kandidaat-jobstudenten te rekruteren. De jobstudenten worden in hun werk bijgestaan door een vragenlijst, die ook gebruikt wordt om gegevens te verzamelen over hoe en wat er wordt gebruikt en de gedragingen. De evaluatie van iedere interventie gebeurt samen met de "jobstudenten", en is zowel collectief als individueel. Jaarlijks worden in de Franse gemeenschap ongeveer 1500 druggebruikers, waaronder vooral intraveneuze gebruikers, bereikt.

- Een ander initiatief dat geklasseerd kan worden onder de risicobeperking is het Early Warning System (EWS). De gemeenschap neemt deel aan dit snel waarschuwingssysteem via het testen van pillen.

➤ *Deelname aan Europese programma's.*

- Cofinanciering van Europese Interreg-projecten (Interregio's Frankrijk-Wallonië) georiënteerd op de preventie van verslavingen in de regio Henegouwen : grensoverschrijdend platform voor risicogedrag en drugverslavingen (Coördinatie van een grensoverschrijdend netwerk voor preventie, hulp en onderzoek-actie; Sensibilisering van de mantelzorgers en Interventies in uitgaansmilieus).

➤ Ondersteuning van allerhande acties op het vlak van gezondheidsopvoeding en gezondheidspromotie, sector verslavingen

- Uitgeven van boeken en brochures, waaronder : heruitgave van brochures voor risicobeperking, boeken over gefinancierd onderzoek (zie hoger).

➤ Subsidiering van sub-focal point EUROTOX.

- In het kader van de verplichtingen ten opzichte van de opdrachten van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD).

➤ Deelname aan internationale groepen.

- Een lid van het directoraat-generaal gezondheid van de Franse gemeenschap maakt deel uit van de Raad van beheer van het EWDD, en neemt deel aan de horizontale groep drugs en aan de groep Pompidou.

➤ Medewerking aan Cel "Gezondheidsbeleid Drugs".



### 3.11. Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

#### 3.11.1. Bevoegdheden

De Franse Gemeenschapscommissie is op het vlak van gezondheid bevoegd voor de organisatie van de zorgverlening in en buiten de ziekenhuizen. Het beleid van de FGC ter zake houdt rekening met een zeer ruime definitie van de zorgverlening om zodoende te zorgen voor een continuüm en een optimale efficiëntie van de behandelingen.

#### 3.11.2. Bronnen

- Decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 27 april 1995 betreffende de erkenning en de subsidies van de diensten actief op het gebied van het druggebruik, zoals gewijzigd bij het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 12 juli 2001;

- Besluit van het College van de Franse Gemeenschapscommissie van 18 juli 1996 betreffende de toepassing van het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 27 april 1995 betreffende de erkenning en de subsidies van diensten actief op het gebied van druggebruik, gewijzigd bij de besluiten van het College van de Franse Gemeenschapscommissie van 6 november 1997, 24 juni 1999, 18 oktober 2001 en 20 februari 2003;

- Decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid;

- Besluit van 4 juli 2009 van het College van de Franse Gemeenschapscommissie houdende toepassing van het Decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid.

#### 3.11.3. Acties

Het decreet dat werd goedgekeurd in 1995, na ruim overleg met de actoren op het terrein, is de uiting van een politieke wil om een stabiel en definitief kader aan te bieden aan de werknemers in de hulp- en zorgsector op het gebied van druggebruik. Dit decreet verleent aan die sector een volwaardige legitimiteit als actoren op het gebied van de volksgezondheid, in tegenstelling met het veiligheidsdomein dat toen een belangrijke ontwikkeling kende.

Dit aanvankelijke wettelijke kader werd tweemaal gewijzigd, namelijk in 2001 en vanaf 1 januari 2010. Beide wijzigingen hebben betrekking op alle door de FGC erkende en gesubsidieerde diensten op het gebied van sociale zaken, gezondheid en handicapten. De belangrijkste impact van deze wijzigingen is de erkenning van een coherente ambulante sector die onderworpen is aan gemeenschappelijke regels inzake werking en subsidiëring, waarbij echter de specificiteit van eenieder wordt gerespecteerd. Het oorspronkelijke decreet werd dus als dusdanig geïntegreerd voor wat betreft de definities en de opdrachten en de inhoud wordt hieronder nader toegelicht.

Om de deur voor verdere evolutie open te houden, definieert het decreet druggebruik niet als dusdanig, maar eerder de dienst die actief is op het vlak van druggebruik als « een structuur die door een multidisciplinaire benadering en in samenwerking met andere instellingen en personen die betrokken zijn bij drugproblemen op permanente en bevoorrechte wijze specifieke preventieve, begeleidende of verzorgende acties voert ten aanzien van personen die worden geconfronteerd of die kunnen worden geconfronteerd met een drugprobleem. »

Om als dusdanig te worden erkend, moet de dienst, naast de opvang- en informatieve opdrachten, tenminste twee opdrachten vervullen, waaronder één van de volgende algemene opdrachten : begeleiding, verzorging of preventie. De dienst kan bovendien één of meerdere bijzondere opdrachten vervullen : herintegratie, verbinding en opleiding.

**Begeleiding :** De dienst verzekert het onthaal van de druggebruikers, hun familie of hun omgeving. Hij begeleidt het verzoek van de consultants (9) en verzekert intern, door een geïndividualiseerde opvolging, de psychosociale en administratieve begeleiding in overleg met de betrokken personen en instellingen, met name het gezondheids-, sociaal, school- en sociaal-cultureel netwerk. Hij kan vervolgens de consultants in functie van hun noden doorverwijzen of opnieuw doorverwijzen naar beter aangepaste personen of instellingen.

**Verzorging :** De dienst stelt een diagnose en verzekert de behandeling van de consultants met drugproblemen. De behandeling van deze problemen omvat de medische, psychiatrische en psychologische aspecten. Hij streeft voornamelijk naar de verbetering van het welzijn van de consultants in hun gewone leefomgeving, wat niet noodzakelijk hun ontwenning impliceert. De dienst betreft bij de behandeling van de patiënt, in de mate van het mogelijke, alle beroepsmensen die niet behoren tot het team van de dienst en die tot de behandeling kunnen bijdragen.

**Preventie :** De dienst organiseert of werkt mee aan de organisatie van preventieve activiteiten, met name aan de preventie tegen schade opgelopen door druggebruikers. Deze preventieve activiteiten kunnen met name omvatten :

- de informatie, de sensibilisering en de opvoeding van de bevolking en van de actoren van het gezondheids-, psychosociaal, school- en sociaal-cultureel netwerk voor wat betreft het druggebruik en de preventie tegen schade opgelopen door druggebruikers;

- bijzondere preventieve tussenkomsten naar doelgroepen toe, met name ten aanzien van personen die worden geconfronteerd of die kunnen worden geconfronteerd met drugproblemen.

**Herintegratie :** De dienst verricht ondersteunende werkzaamheden die noodzakelijk zijn voor de sociale en familiale herintegratie en deze op het gebied van het onderwijs en op beroepsvlak. Hij werkt samen met de betrokken personen en instellingen, met name het administratief, psychosociaal, school-, professioneel en sociaal-cultureel netwerk.

**Verbinding :** De dienst voert een verbindingsactie met betrekking tot een netwerk of verbindingswerk van verschillende interveniënten of entiteiten die druggebruikers opvangen. Hij organiseert samenwerkingsverbanden opdat aan de noden van de consultants op aangepaste wijze gehoor zou worden gegeven.

**Opleiding :** De dienst verzekert de sensibilisering, de opleiding, de voortgezette opleiding of de supervisie van interveniënten die worden geconfronteerd of kunnen worden geconfronteerd met de problemen van druggebruikers.

De sector is met de jaren sterk geëvolueerd, waarbij rekening werd gehouden met de behoeften die werden geïdentificeerd door de actoren op het terrein die werden geraadpleegd via de ambulante afdeling van de Adviesraad voor Gezondheids- en Welzijnzorg en gegroepeerd in een erkend coördinatieorganisme, Fedito. De opdrachten moeten tijdens deze legislatuur worden geëvalueerd.

Zo zijn er momenteel 16 diensten die actief zijn op het gebied van druggebruik erkend en gesubsidieerd. Zij stellen 60 VTE te werk, voor een geraamd budget in 2010 van 4.268 miljoen euro.

Hun doelpubliek is zeer gevarieerd en hangt af van de thematiek die elke dienst heeft ontwikkeld; de actie focust immers op het uitgaansleven, het ziekenhuismilieu, de jeugd, de gevangenen, het werk, de straat, ....waarbij het territorium niet op geografische wijze wordt opgesplitst, maar wel in functie van de behoeften vastgesteld in het ganse Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

De aangewende methodes en de opdrachten die daardoor kunnen worden verzekerd worden aldus uitgevoerd om tegemoet te komen aan de evoluerende noden van de verschillende doelgroepen.

Er bestaat een complementariteit met partners die gefinancierd worden door andere institutionele niveaus zoals het RIZIV of de Franse Gemeenschap, met de bedoeling de resultaten van de werking van ieder van hen te versterken.

Tot slot werken de door de FGC erkende diensten mee aan de inzameling van de epidemiologische gegevens die gecentraliseerd worden via ADDIBRU, dat institutioneel bicommunautair is.

Een aanvullend budget maakt het ook mogelijk om nieuwe projecten te ondersteunen die al dan niet leiden tot een erkenning in het kader van het decreet.

Anderzijds krijgt het tweedelijns netwerk dat sinds enkele jaren wordt uitgebouwd voortaan een structuur dank zij het decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid en krijgt het dus een permanent karakter binnen een globaal systeem dat alle socio-sanitaire actoren die erkend zijn door de FGC groepeert. Deze praktijk is tot stand gekomen naar aanleiding van verschillende vaststellingen, zoals de hiernavolgende :

- De toename van het aantal zieken en chronische situaties die een langdurige behandeling vereisen en die het nodig maken om de interventies van verschillende beroepsmensen uit de sector met diverse bevoegdheden en werkzaam in de ziekenhuissector en de ambulante sector te organiseren,

- De behandeling van precaire situaties die steeds erger worden, waardoor een sectorale sanitaire en sociale aanpak niet langer mogelijk is en het noodzakelijk is om de grenzen van de respectieve professionele benaderingswijzen te overstijgen. De uitwerking van een « gemeenschappelijk referentiekader » waarbij men tot een akkoord zou kunnen komen over de nadere regels van een echte collectieve aanpak lijkt momenteel absoluut noodzakelijk

- De toename van de institutionele logica's, structuren en procedures die het functioneren van de beroepsmensen uit de gezondheidssector verlamt en het invoeren van een globale en coherente logica bemoeilijkt. De « muren » tussen de instellingen leiden tot een administratieve segmentering die onbegrijpelijk wordt zowel voor de bevolking, onder meer in precaire situaties, als voor de beroepsmensen uit de sector. Iedereen is zich steeds meer en meer bewust van de noodzaak van een transversale aanpak van de problemen, waarbij de sociale en sanitaire actoren, de ambulante en de ziekenhuissector, de openbare en de privésector samen worden betrokken;

- De idee van een gezondheidsbeleid waarbij rekening wordt gehouden met de vele elementen die bepalend zijn voor de gezondheid van de bevolking, wint steeds meer en meer aan gewicht. Het gezondheidssysteem toont immers aan dat het wel degelijk in staat is om ernstige ziekten te genezen. Er bestaat echter een verschil tussen het oplossen van de gezondheidsproblemen van de mensen en het genezen van zieken... Alle inspanningen werden gedurende lange tijd geconcentreerd op de gevolgen van de ziekten en niet op het doen dalen van de oorzaken ervan. De rol van de individuele curatieve geneeskunde (of van de therapeutische aanpak) als quasi exclusief bepalend element van de gezondheid wordt steeds meer en meer in vraag gesteld, onder meer door de WHO.

In die context dringt de uitbouw van netwerken zich op als een vanzelfsprekendheid om werk te maken van de koppeling van de multidisciplinaire vaardigheden van de verschillende actoren uit de gezondheidszorg en de sociale zorgverlening. Dank zij die netwerken moet het mogelijk worden om het gezondheidssysteem beter af te stemmen op de behoeften van de gebruikers en van de bevolking die opnieuw centraal zouden staan.

Van de 14 netwerken die momenteel actief zijn, zijn er 3 gewijd aan aspecten die gelinkt zijn aan de verslavingsproblematiek : de vzw Réseau Hépatite C - Bruxelles; Réseau Dépendance (pilotproject).

### **3.12. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie subsidieert de vzw « Overleg Druggebruik - Brussel » teneinde het oorspronkelijke tienpuntenprogramma, daterend van 1992 en intussen aangepast en herleid tot 4 punten uit te voeren.

De vzw bestaat uit vertegenwoordigers van de medische, sociale en juridische interveniënten en heeft meer bepaald als doel een brugfunctie te zijn tussen de beleidsinstanties en de terreinwerkers.

Gelet op de bevoegdheidsverdeling en zijn implicatie voor Brussel wordt binnen de vzw de coördinatie van het beleid (Federaal, Vlaamse en Franse Gemeenschap, Vlaamse en Franse Gemeenschapscommissie, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) en het overleg tussen de verschillende terreinwerkers gefaciliteerd zowel vanuit gezondheid, welzijn, justitie, politie, justitie, politie, justitie...

De volgende accenten worden op dit ogenblik vooral benadrukt :

- het verzamelen van de epidemiologische gegevens : een programma ADDIBRU werd ontwikkeld en garandeert een uniforme gegevensverzameling van alle gespecialiseerde centra en van een deel van de niet gespecialiseerde centra ongeacht hun communautaire aanhorigheid of subsidiërende overheid. De analyse wordt samengebracht in een verslag dat de gegevens 1996-2008 bestrijkt. De gegevens worden geanalyseerd en gepubliceerd op de web-site [www.ctb-odb.be](http://www.ctb-odb.be)

- het leveren van de gegevens in het kader van de Europese verplichtingen (EMCDDA);

- het kadaster van de instellingen en projecten te Brussel teneinde de netwerkvorming te verbeteren (zie eveneens web-site) : de gegevens van 17 nederlandsstalige en 57 franstalige instellingen worden hier verzameld en bijgehouden;

- het overleg, de coördinatie en de ondersteuning van de actoren op het terrein : er werden supervisijs georganiseerd voor de huisartsen en voor het personeel van de OCMW's. Er wordt samengewerkt in thematische groepen.

Ook wordt samengewerkt met het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg in het kader van de federale opdracht « zorgcoördinator » Bij deze samenwerking wordt de specificiteit van de sector druggebruik ten aanzien van de sector geestelijke gezondheidszorg gerespecteerd.

### **3.13 Duitstalige Gemeenschap**

#### **3.13.1. Bevoegdheden**

De Duitstalige Gemeenschap is op het vlak van de gezondheid bevoegd voor de persoonsgebonden materies. Wat verslavingen betreft, zijn de bevoegdheden onder meer gezondheids promotie, preventie en behandeling.

#### **3.13.2. Bronnen**

- Decreet van 1 juni 2004 betreffende de gezondheids promotie
- Besluit van de Regering van 7 maart 2006 tot vaststelling van de krachtlijnen inzake gezondheids promotie voor de jaren 2006 en 2007. De krachtlijnen worden vermeld in termen van doelstellingen, doelpubliek en strategische acties.
- Besluit van de Regering van 23 maart 2006 tot vaststelling van het globaal concept inzake gezondheids promotie in de Duitstalige Gemeenschap

### 3.13.3. Acties

Wat verslavingen betreft, zijn de krachtlijnen opgenomen in het besluit van de Regering van 7 maart 2006 onder punt B (geestelijke gezondheid).

Gesubsidieerde organismen die actief zijn op het domein van verslavingen in de Duitstalige Gemeenschap en hun opdrachten

a) Op het gebied van gezondheidspromotie en preventie

Arbeitsgemeinschaft für Sucht und Lebensbewältigung (ASL)- Vereniging ter bestrijding van verslavingen en ter promotie van de levenskwaliteit

Taken op het vlak van verslavingen :

1. Informeren en sensibiliseren van het brede publiek (volwassenen en jongeren) in verband met legale en illegale drugs

2. Zelfhulp- en praatgroep voor familie en naaste vrienden van gebruikers

3. Zelfhulpgroep voor gebruikers

4. Aanbieden van rookstopcursussen

5. Regionale pedagogische projecten

b) Op het gebied van behandeling

1. Psychiatrisch dagziekenhuis Eupen : 8 plaatsen voor volwassenen

2. Psychiatrisch dagziekenhuis St. Vith : 7 plaatsen voor volwassenen, 6 plaatsen voor kinderen en adolescenten

3. Psychiatrische hospitalisatiedienst St. Vith : 30 plaatsen

4. Centrum voor geestelijke gezondheid (Sozial- Psychologisches Zentrum- SPZ)

Taken van het centrum voor geestelijke gezondheid :

1. Ambulante therapie voor elke vorm van verslaving

2. Bemiddeling voor stationnaire therapie

3. Bemiddeling voor zelfhulpgroepen

4. Methadonprogramma voor heroïneverslaafden

5. REITOX : medewerking aan de gegevensbank over verslavingen REITOX

6. Hulplijn 108 : biedt 24u/24u steun aan personen in moeilijkheden

7. Zelfhulpgroep voor ouders van jonge drugsverslaafden

Door haar taalkundige specificiteit werkt de Duitstalige Gemeenschap nauw samen met de ziekenhuizen in Duitsland. Zo worden tal van patiënten opgenomen in de ziekenhuizen van Aken, Daun,... Ook de samenwerking met Belgische instellingen zoals de Clinique des Frères Alexiens te Henri- Chapelle, het Centre Hospitalier Psychiatrique te Luik verloopt zeer efficiënt.

Specifieke actieprojecten in het kader van de gezondheidspromotie op het vlak van verslavingen (tabak, alcohol, illegale drugs).

- Van 2004 tot 2008 : Project « 0 Promille unter 16 », een project ter bestrijding van alcoholgebruik bij min16-jarigen

- Van 2006 tot 2007 : Project « Naar een rookvrije school »

- Sinds 2005 : regionaal pedagogisch project « Klettern statt kiffen »

Medewerking van de Duitstalige Gemeenschap aan internationale groepen :

1. Regionale groep die 9 partners groepeerd in Duitsland, België en Nederland

Groep van Mondorf : samenwerking en ideeënuitswisseling over het thema verslavingen met Saarland, Lotharingen, Rijnland Palts en Luxemburg.

2. Mondorf Groep : samenwerking en uitwisselingen rond het thema verslavingen met Sarre, Lorraine, Rhénanie Palatine en Luxembourg.

### 3.14. Waals Gewest

#### 3.14.1. Bevoegdheden

Het Waals Gewest is op het vlak van gezondheid bevoegd voor de organisatie van zorgen in ziekenhuizen en op ambulante basis.

Aan het gewestelijke beleid betreffende verslavingen liggen vijf beleidslijnen ten grondslag : de hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen, de diensten voor geestelijke gezondheidszorg die een bijzonder initiatief inzake verslavingen ontwikkelen, het Plan voor Maatschappelijke Cohesie nr. 3 met toevoeging van bijkomende middelen voor nieuwe acties inzake verslavingen, het Waals Plan « Sans Tabac », het Plan voor maatschappelijke cohesie van de steden en gemeenten.

#### 3.14.2. Bronnen

- Decreet van het Waals Gewest van 27 november 2003 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen

- Besluit van de Waalse Regering van 3 juni 2004 tot uitvoering van het decreet van het Waals Gewest van 27 november 2003 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen

- Decreet van 30 april 2009 betreffende de erkenning met het oog op de toekenning van subsidies en de toekenning van subsidies aan de zorg- en hulpverleningsnetwerken gespecialiseerd in verslavingen, alsook de erkenning met het oog op de toekenning van subsidies en de toekenning van subsidies aan hun federaties

### 3.14.3. Acties

#### 3.14.3.1. De hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen

Deze bevoegdheid wordt uitgeoefend om het aanbod aan gespecialiseerde diensten en zorgverlening ten behoeve van de betrokken gebruikers, patiënten en omgeving, te integreren en te organiseren, binnen twaalf zones waarin het Franse taalgebied in het Waals Gewest is opgesplitst.

Binnenkort zal een nieuwe regeling het licht zien - het decreet van 30 april 2009. Deze hervorming van de wetgeving heeft tot doel de kwaliteit van de opvang te verbeteren via de versterking van een echte multidisciplinaire aanpak van deze complexe problematieken, zowel op ambulante vlak als in overleg met de actoren van de ziekenhuissector en de residentiële sector.

Ter herinnering : in het decreet van 27 november 2003 waren de voornaamste doelstellingen :

- het versterken van de samenhang van de uitgevoerde acties in het kader van een netwerklogica waarbij alle betrokken actoren worden samengebracht;

- het geven van een permanent karakter aan de diensten gespecialiseerd in verslavingen die een in het netwerk geïntegreerde actie uitvoeren;

- het zorgen voor een betere kwaliteit en toegankelijkheid van de verleende diensten, met name door een betere geografische afbakening.

Na vijf jaar konden slechts twee van 12 netwerken op deze basis erkend worden, wat geleid heeft tot de hervorming die tijdens de voorgaande legislatuur gelanceerd is.

In de memorie van toelichting van het decreet van 30 april 2009 worden de moeilijkheden uiteengezet van deze regeling die onvoldoende beantwoordde aan de noden van de sector : de perceptie van het onder toezicht stellen van bepaalde diensten ten aanzien van de lokale overheden, de onuitvoerbaarheid en de lange duur van de erkenningsprocedures, de nood aan coördinatie met de overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg, de inachtneming van de bijzondere kenmerken van de opdrachten tussen netwerken (organisatie van het aanbod, methodologische ondersteuning) en diensten (klinische dimensie), met name wat betreft intervisie van werknemers, erkenning van territorialiteit maar ook van acties die transversaal worden uitgevoerd en van « transterritorialiteit », de nood aan indexering van de subsidies en verhoging van de middelen, de differentiatie van de nadere regelen voor de financiering van de netwerken en diensten, de bedoeling om gemeenschappelijke criteria vast te leggen voor de uitgevoerde activiteiten.

Het nastreven van doeltreffendheid en doelmatigheid, in de huidige context van administratieve vereenvoudiging, is een van de andere beoogde doelstellingen : dit nieuwe decreet verplicht elke actor die de erkenning aanvraagt, om een actieplan in te dienen. Dit plan omvat de doelstellingen, de nadere regelen voor de verwezenlijking van de doelstellingen en de zelfevaluatie. Het is het beheersinstrument van het netwerk of de dienst, zorgt voor actualisering in de loop van de tijd en de acties en maakt het mogelijk om een erkenning voor onbepaalde duur toe te kennen.

Onder verslavingen wordt verstaan afhankelijkheid en gewenning wegens misbruik van legale of illegale psychotrope producten, alcohol of tabak, of spelen.

Onder netwerk wordt verstaan het geheel van de instellingen gespecialiseerd in verslavingen in het bijzonder, en inzake hulp- en zorgverlening in het algemeen, die gelijktijdig of achtereenvolgend tussenkomen ten gunste van de personen die aan verslavingen lijden of van hun entourage, in de vorm van institutioneel overleg, opdat de vakmensen kunnen samenwerken.

De opdrachten van het netwerk betreffen de inventarisering van het aanbod op zijn grondgebied, het institutioneel overleg betreffende de verdeling van de taken onder de leden van het netwerk, inclusief de behandeling van crisis- en noodtoestanden, de methodologische ondersteuning van de actoren uit het netwerk, de samenwerking met het overlegplatform betreffende geestelijke gezondheidszorg en de organisatie van de intervisie op verzoek van de leden van het netwerk.

De gespecialiseerde dienst- en zorgverlening wordt uitgeoefend door diensten die, behalve onthaal en informatieverstrekking, de volgende functies vervullen : psychosociale begeleiding, psychotherapeutische en medische behandeling, de zorgverlening, onder andere minstens de vervangingsbehandeling, de ontwenningsskuren, de residentiële behandeling of de behandeling in een ziekenhuis, de vermindering van de risico's.

Die opdrachten worden uitgeoefend in het kader van het multidisciplinair overleg, dat de evaluatie beoogt van de behoeften van de begunstigde van de interventie, de evolutie ervan, de beschikbare hulpmiddelen binnen de dienst, in of buiten het netwerk om het meest geschikte antwoord te geven. Deze interventie is het voorwerp van de instemming van de begunstigde, bij voorkeur schriftelijk en elk ogenblik herroepbaar.

De dienst kan in de vorm van een bijkomende opdracht en op verzoek zorgen voor de supervisie en de intervisie van het personeel van instellingen die deel uitmaken van het netwerk.

De opdrachten worden op ambulante wijze uitgeoefend.

Dit decreet zou op 1 januari 2010 in werking moeten treden.

Ondertussen werden zeven netwerken erkend; voor twee andere is de procedure aan de gang. Momenteel zijn er zestien diensten erkend. Erkenning brengt subsidiëring met zich mee.

Het voorziene budget voor het boekjaar 2010 bedraagt 1.441.000 €.

#### 3.14.3.2. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg die een bijzonder initiatief inzake verslavingen ontwikkelen

Een erkende dienst voor geestelijke gezondheidszorg is gerechtigd om een aanvraag tot psychotherapeutische behandeling te krijgen, ongeacht de aard ervan. Zeven onder hen hebben evenwel een bijzonder initiatief ontwikkeld ten behoeve van mensen die met verslaving kampen (twee in Luik, Herstal, Charleroi, Waremme, Verviers en Doornik). De multidisciplinaire manier van werken ervan (psychologisch, sociaal en psychiatisch) is bijzonder geschikt.

Daartoe krijgen ze een aangepaste bijkomende financiering.



### 3.14.3.3. *Het Plan voor Maatschappelijke Cohesie nr. 3 - Programma met betrekking tot verslavingen*

Naast het geregementeerde stelsel heeft het Plan voor Maatschappelijke Cohesie nr. 3 de sector van de verslavingen versterkt via twee projectoproepen in 2008 (1.200.000 €) en 2009 (1.250.000 €); een derde oproep is voorzien in 2010 en gaat gepaard met een bedrag van 1.250.000 €.

Het plan 2008 was gericht op de volgende aandachtspunten :

- verbeteren van de behandeling van verslaafden en de begeleiding van hun ouders door de gespecialiseerde diensten en de residentiële diensten;
- beantwoorden aan de nieuwe geïdentificeerde behoeften;
- globaal versterken van de sector.

De financiële middelen werden verdeeld volgens twee assen : de eerste was gewijd aan het belang van kennisontwikkeling in het kader van verslavingen en de tweede aan de ontwikkeling van nieuwe initiatieven binnen de sector.

Op die manier werden projecten toegestaan op de volgende gebieden : risicobeperking tijdens festiviteiten (illegale drugs en alcohol), het labelen van de plaatsen van festiviteiten, de verbetering van de ambulante aanpak van verslavingsproblemen of de verbetering van de omstandigheden inzake terugkeer van een patiënt die voor een verslavingsprobleem in een instelling verbleven is, de al dan niet therapeutische begeleiding van de lijdende ouders. Andere meer specifieke innoverende initiatieven konden ook worden ingediend.

Het plan 2009 is gebaseerd op de volgende krachtlijnen : de projecten met betrekking tot de soorten risicogedrag bij jongeren, de behandeling en de begeleiding van mensen met problemen inzake verslaving aan of overmatig gebruik van alcohol, de problematiek van risicobeperking in geval van afhankelijkheid aan injecteerbare drugs, de versterking en de uitbreiding van de in 2008 geselecteerde projecten en van andere innoverende projecten die niet beantwoorden aan al deze criteria.

De evaluatie met betrekking tot de projecten 2008 wordt momenteel afgerond.

De projecten 2009 zijn in uitvoering. Er zal ook een evaluatie volgen.

De methodes en de opdrachten die ze tot stand kunnen brengen, worden zo aangewend dat ze tegemoetkomen aan de steeds veranderende verwachtingen van uiteenlopende doelgroepen.

Complementariteiten bestaan en worden nagestreefd met partners die gefinancierd worden door andere institutionele niveaus zoals het RIZIV of de Franse Gemeenschap, teneinde de effecten van eenieders actie te versterken.

Tot slot dragen de erkende diensten, net als de diensten voor geestelijke gezondheidszorg die een bijzonder initiatief betreffende verslavingen ontwikkelen, bij tot het door EUROTOX gecentraliseerd vergaren van epidemiologische gegevens, de TDI, met de bedoeling om in 2010 onze partners in staat te stellen de gegevens in te voeren op een virtueel formulier, waarbij de veiligheid en het behoud van de toe-eigening van de gegevens gegarandeerd worden.

### 3.14.3.4. *Het Waals Plan « Sans Tabac »*

Het Waals Gewest ondersteunt eveneens de actie van beroepsbeoefenaars die met tabak geconfronteerd worden in het kader van het Waals Plan « Sans Tabac ».

Het Waals Plan « Sans Tabac » steunde in het begin op bestaande structuren en instrumenten. Het werd ontwikkeld in samenwerking met verschillende actoren op het terrein, zodat het een realistisch en toepasbaar voorstel vormt.

De doelstellingen van het Plan bestaan erin de gezondheidsbeoefenaars te sensibiliseren, te mobiliseren, uit te rusten en te ondersteunen zodat ze in staat zijn om een aangepaste hulpverlening te bieden en te beantwoorden aan de noden van de bevolking teneinde problematisch gedrag betreffende gebruik en verslaving te voorkomen.

Hiervoor wordt op verschillende interventieniveaus gewerkt :

1. structureren van de verschillende hulpverleningsinstanties in netwerken en stevig uitbouwen van netwerken
2. basisopleiding van de gezondheidswerkers van de eerste lijn, aanpak in globale context
3. gespecialiseerde opleiding tabacologie voor gezondheidswerkers
4. bewustmaking van de gebruiker (risico's van gecombineerde consumptie inbegrepen)
5. strategieën ter ondersteuning van tabaksontwenning en consolidering
6. uitwerking van pilotprojecten bestemd voor specifieke doelgroepen op basis van uitwisselingsplatformen (progressieve integratie van het decreet « Verslavingen - Zorgzones »)
7. evaluatie en aanpassing.

Het eerste plan (2004 - 2005) had betrekking op de volgende aspecten : het betrekken van de gezondheidswerkers en meer in het bijzonder van de huisartsen in het proces, de opleiding van de lokale netwerken, en het aanzetten tot onderzoek, evaluatie en opleiding in het Waals Gewest (Franstalig grondgebied).

Met dit eerste Waalse Plan heeft men de gezondheidswerkers nog meer kunnen mobiliseren rond de problematiek van het roken, ten voordele van de hele bevolking. Er werden pilotprojecten gevoerd om nieuwe aanpakken uit te proberen bij specifieke doelgroepen zoals jongeren (op school), zwangere vrouwen, kansarme bevolkingsgroepen, werknemers op hun werkplek, in ziekenhuizen, enz. Daarnaast had het mobiliseren van de gezondheidswerkers tot gevolg dat er praktijkervaringen werden uitgewisseld en heeft men door het aanbod van basis- en voortgezette opleidingen de begeleiding toegankelijker kunnen maken en dichterbij kunnen brengen, met het oog op een rookbeleid dat rekening houdt met de behoeften op het terrein. Door de ervaring die de partners hebben kunnen opdoen, zowel qua overleg als bij het werk op het terrein, heeft men een expertise kunnen opbouwen die past bij de bevoegdheden van het Waals Gewest.

Bij het tweede Waalse Plan (2006 - 2007) heeft men de netwerkdynamiek uit het eerste Plan overgenomen en de opgezette acties verder uitgebouwd door ze verder uit te diepen en ze aan te vullen. Zo werd duidelijk dat men bepaalde instrumenten nodig had. De actie werd ondersteund door vijf actiepijlers : de actoren van het Plan vormen het Waalse platform voor overleg en voor de uitwerking van strategieën, zij werken verder aan het mobiliseren van onder andere de huisartsen, ze betrekken andere gezondheidsbeoefenaars in het proces dat is opgestart, ze ontwikkelen communicatiedragers en zorgen er voor dat het Waals netwerk stevig wordt uitgebouwd wat de ondersteuning van gezondheidswerkers betreft.

Aan het eind van dat tweede Plan waren in het Waals Gewest verschillende complementaire manieren van interventie ontwikkeld die ertoe aanzetten de acties en het partnerschap voort te zetten.

Het derde Plan (2008-2009) werkte verder op de doelstellingen van het tweede.

Aan het eind van dit derde Waalse Plan « Sans Tabac » kunnen we stellen dat er talrijke stappen werden genomen en dat vele projecten de Waalse gezondheidswerkers mobiliseren, zowel wat opleidingen als wat betrokkenheid op het terrein betreft.

De verschillende actoren van de stuurgroep gaan nauwer samenwerken, wat duidelijk ten goede komt van de acties op het terrein wat de begeleiding om te stoppen met roken betreft. De apothekers, gynaecologen en pediaters worden nu ook betrokken en bovendien gaat men nog meer een beroep doen op de verpleegkundigen, zowel op het niveau van de opleiding als voor de mobilisering binnen ziekenhuisstructuren (kraamafdelingen, verschillende diensten van de Rookvrije Ziekenhuizen).

Toch worden de actoren « Verslavingen » nog te weinig betrokken en moeten er nog ontmoetingen plaatsvinden waarbij men competenties kan uitwisselen en de zaken vanuit verschillende invalshoeken kan bekijken, onder meer vanuit andere instanties dan de zorgzones die hulp bieden bij verslavingen en hun netwerken, zoals het Waalse Fédito of het netwerk « Alto ».

Over het vierde Plan (2010-2011) moeten nog beslissingen worden genomen. Afhankelijk van de behoefte van de actoren zou men in dit plan niet alleen de dynamieken uit de vorige Waalse plannen willen behouden maar zou het ook de bedoeling zijn om die verder uit te bouwen door de betrokkenheid van tussenpersonen betreffende verslaving in de Stuurgroep en in het kader van pilootacties te stimuleren. Daarnaast zal de nadruk worden gelegd op de dynamieken die men wil teweegbrengen bij jonge rokers, onder meer aan de hand van « motivatieworkshops » waarmee men jonge rokers ertoe wil aanzetten om hun gedrag te veranderen en anders met hun consumptie in de ruime zin van het woord om te gaan.

In 2009 werd een jaarbudget van bijna € 125.000 aan dit Plan besteed.

De belangrijkste actoren die door de FARES in de Stuurgroep worden gecoördineerd, zijn de Fédération des Maisons médicales, de Société scientifique de Médecine générale, de faculteiten geneeskunde en de Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme.

#### 3.14.3.5. De Plannen voor maatschappelijke cohesie

Alle maatregelen werden in 2005 onderzocht door een college van experts aangewezen door de Waalse Regering, dat aanbevelingen heeft geformuleerd in verband met de algemene aanpak van de problematiek, en met name over acties die betrekking hebben op de sociale determinanten (werk, huisvesting, opleiding, enz.).

Zo wordt maatschappelijke cohesie in het decreet van 6 november 2008 (10) betreffende het plan voor maatschappelijke cohesie in de steden en gemeenten van Wallonië voor wat betreft de aangelegenheden waarvan de uitoefening van de Franse Gemeenschap is overgeheveld, omschreven als alle processen die ertoe bijdragen dat alle individuen en groepen van individuen gelijke kansen en voorwaarden krijgen, alsook een daadwerkelijke toegang tot de fundamentele rechten en het economisch, sociaal en cultureel welzijn, ongeacht de nationale of etnische oorsprong, de culturele, godsdienstige of filosofische overtuiging, het maatschappelijk statuut, het sociaaleconomisch niveau, de leeftijd, de seksuele geaardheid, de gezondheid of de handicap.

Om maatschappelijke cohesie concreet te bevorderen ondersteunt het Waals Gewest de implementatie van een plan voor maatschappelijke cohesie op gemeentelijk niveau. De twee doelstellingen van het plan voor maatschappelijke cohesie zijn : de maatschappelijke ontwikkeling van de wijken en de bestrijding van alle vormen van bestaansonzekerheid, armoede en onveiligheid. Om deze twee doelstellingen te bereiken, resulteert het plan in gecoördineerde acties die streven naar een verbetering van de toestand van de bevolking wat de toegang tot de gezondheid en de behandeling van de verslavingen betreft en verder ook wat de inschakeling in het maatschappelijk en het beroepsleven en het opnieuw aanhalen van de maatschappelijke banden en de banden tussen de generaties en de culturen betreft. Sommige gemeenten hebben dan ook projecten hierrond ingediend in 2009, overeenkomstig de inwerkingtreding van de regeling.

#### 3.14.3.6. Varia

Daarnaast :

- neemt het Waals Gewest deel aan de Algemene Cel Drugsbeleid en aan de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Het Waals Gewest draagt bij tot de cofinanciering;

- werkt het Waals Gewest mee aan de Europese programma's Interreg II, III et nu IV, en ondersteunt het in het bijzonder het project « Grensoverschrijdend platform van drugsgebruiken en andere risicodragende gedragen », waardoor het op die manier met Frankrijk samenwerkt;

- wordt het zorgaanbod aangevuld met « facultatieve » subsidies die niet onder bovenvermelde programma's vallen; die zullen eventueel worden opgenomen in het gereguleerde systeem van de hulp- en zorgverleningsnetwerken en -diensten die gespecialiseerd zijn in verslavingen, of hebben betrekking op meer specifieke aspecten.

### 4. Principes en operationalisatie

#### 4.1. Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid

De Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Drugs zijn bevoegd voor het beleid inzake tabak, alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie. Deze groep van stoffen wordt verder drugs' genoemd.

De Cel en de Conferentie beschouwen het gebruik van drugs prioritair als een volksgezondheidsfenomeen. Niettemin moet een goed begrip van dit gebruik in een globale context worden gezien met inbegrip van essentiële domeinen zoals onderwijs, welzijn, maatschappelijke integratie, veiligheid en justitie, en andere domeinen zoals economie. Deze inclusie van alle relevante domeinen in een beleid, waarin tevens alle acties op elkaar afgestemd worden, wordt een globaal en geïntegreerd beleid' genoemd. Dit concept vormt de kern van het Belgisch drugsbeleid.

Een globaal en geïntegreerd beleid heeft nood aan preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, hulpverlening met inbegrip van risicobeperking, en repressie. Repressie ten aanzien van de gebruiker is een ultimum remedium.

Dit beleid baseert zich maximaal op objectieve en wetenschappelijke gegevens, die voldoende verankerd en teruggekoppeld zijn in de praktijk.

Het Belgisch drugsbeleid schakelt zich tevens in in de internationale verdragen en beleidsplannen.

De Algemene Cel Drugsbeleid, en haar werkcellen 'gezondheidsbeleid drugs', 'controle' en 'internationale samenwerking', en de Interministeriële Conferentie Drugs zijn de coördinatie- en overlegfora voor de operationalisatie van het globaal en geïntegreerd drugsbeleid en van deze Gemeenschappelijke Verklaring.

## 4.2. Preventie

Het preventiebeleid bestaat uit twee luiken, met name (a) preventie op het vlak van gezondheid en (b) preventie van druggerelateerde maatschappelijke overlast.

### 4.2.1. Preventie op het vlak van de gezondheid

Het **uitgangspunt** van preventie op het vlak van gezondheid is dat gebruik van psychoactieve stoffen vooreerst een volksgezondheidsprobleem is. De uitdaging voor beleid is bijgevolg het vermijden en indien mogelijk terugdringen van gezondheidsschade. Hiervoor is een globaal en geïntegreerd beleid nodig.

Belangrijk hierin is een duidelijke boodschap dat tabak, alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie gezondheidsschade kunnen veroorzaken (incl. de zogenaamde « softdrugs »).

De **doelstelling** is een ontradingsbeleid te voeren ten aanzien van de niet-gebruikers en de gebruikers.

Voor de realisatie van deze doelstelling is het noodzakelijk de middelen, de randvoorwaarden, de strategieën, de sectoren en de doelgroepen af te bakenen.

De **middelen** zijn :

- Voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen;
- De beginleeftijd van het beoogde gebruik uitstellen;
- Verantwoordelijk gedrag bevorderen door middel van het aanleren van vaardigheden in het maken van keuzes, onder meer door een beleid te voeren inzake risicobeperking;
- Vroegtijdige aanpak van het probleem stimuleren;
- Het aanbieden van psychosociale en medische hulp (in risicobeperking, vroeginterventie, doorverwijzing naar de hulpverlening en in de terugvalpreventie);
- Een gezonde leefomgeving nastreven (een rookvrije omgeving, een maximum alcohollimiet in het verkeer, het geven van duidelijke en aan de doelgroep aangepaste boodschappen, en dit zowel wat betreft de legale als illegale drugs).

De **randvoorwaarden** zijn :

- Afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden door de preventie- en zorgactoren te specificeren;
- De capaciteit voor uitvoering op het terrein optimaal en doelmatig aanwenden;
- Investeren in gevalideerde registratie, monitoring en proces- en effectevaluatie.

De **strategieën** zijn :

- Impact van de bestaande preventieve acties verbeteren door netwerking en overleg op lokaal, regionaal, gemeenschaps- en internationaal niveau te stimuleren;
- Opleiden van volwassenen (al dan niet professionelen) die in nauw contact staan met verschillende levensdomeinen van jongeren;
- Methodieken integreren voor de verschillende producten (of productgroepen);
- Uitbouwen van rookstopbegeleiding;
- Vroegdetectie en vroeginterventie stimuleren;
- Systematische aandacht hebben voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden, gedetineerden) en gendersverschillen.
- Uitvoeren van risicobeperkende initiatieven met het oog op het beperken van de overdracht van ziekten (HIV, hepatitis C), op het responsabiliseren van de gebruikers op het vlak van hun gezondheid, en op het geïnformeerd blijven over de praktijken in functie van het aanpassen van strategieën.

De **sectoren** zijn :

- De school
- De werkplek
- De vrije tijd (jeugdhuisen, uitgaansmilieu, discotheken, sportclubs, ...)
- De gevangenissen
- De voorzieningen van Bijzondere Jeugdzorg en de instellingen voor personen met een handicap

De **doelgroepen** zijn :

- De algemene bevolking
- De gezinnen
- De ouders van druggebruikers
- ...

De welzijns- en gezondheids- en sociale werkers die in contact staan met de jongeren, en de lokale overheden, en de gezinnen hebben een bijzondere rol te vervullen in de preventie op het vlak van gezondheid.

### 4.2.2. Sociale preventie : werk

#### 4.2.2.1. Tabaksbeleid

De wet van 22 december 2009 betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook voorziet een rookverbod vanaf 1 januari 2010 in alle afgesloten publieke ruimtes, de werkplaats en restaurants. Enkel de drankgelegenheden waar geen voedingswaar opgediend wordt en de speelhallen van type I zullen nog een rookzone kunnen installeren. Een wet die deze uitzonderingen ten laatste op 1 juli 2014 afschaft werd eveneens gepubliceerd op 29 december 2009. Zij laat bovendien de mogelijkheid om deze eerder af te schaffen bij Koninklijk Besluit.

#### 4.2.2.2. Alcohol- en drugbeleid

Op het gebied van alcohol- en drugbeleid op het werk wenst de Minister van werk haar beleid op twee vlakken toe te spitsen.

Het gaat om enerzijds de verplichting voor iedere werkgever om een alcohol- en drugbeleid te voeren uit te breiden tot de overheidswerkgevers. Een CAO van de Nationale Arbeidsraad is enkel geldig voor de privé sector.

Anderzijds is het nodig om de invoering van een dergelijke verplichting te implementeren door het begeleiden van werkgevers, werknemers en preventiedeskundigen en door het toezicht op de naleving ervan te verzekeren. In de sensibilisatieplanning voor 2010 wordt voorzien :

- Het verspreiden van de brochure van de NAR : « Een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming. In overleg werken aan preventie ».
- De realisatie van een brochure over goede praktijken op het vlak van preventie (praktijkgerichte aanpak).
- Een affichecampagne
- Infosessies voor leden van de hiërarchische lijn over de nieuwe CAO en het opstellen van een preventiebeleid
- Het Nationaal Opleidingscentrum zal in het voorjaar van 2010 een studienamiddag organiseren over alcohol en drugs op het werk. (nieuwe CAO)
- De volgende provinciale comités voor de bevordering van de arbeid zullen infosessies organiseren over een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming : Vlaams Brabant (voorjaar 2010), West-Vlaanderen (Hoever staat het met de preventie één jaar na de invoering van CAO 100 ?), Actiecomité voor de bevordering van de arbeid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (voorjaar 2010, in het Nederlands en in het Frans)

● In het ESF-project psychosociale risico's zal expliciete aandacht besteed worden aan problematische alcohol- en drugsgebruik. Bijvoorbeeld : in het kader van de activiteit over « werkhervatting na lange afwezigheid ». Het betreft hier personen die na lange afwezigheid wegens burn-out, depressie (al dan niet ten gevolge van pesterijen), alcoholproblemen, een arbeidsongeval,... het werk hervatten en geconfronteerd worden met materiële en relationele problemen bij de herintegratie in het arbeidsmilieu.

● Bovendien zal ook in de toekomst de nodige aandacht besteed worden aan deze problematiek via het verspreiden van nuttige informatie via de website [www.werk.belgie.be](http://www.werk.belgie.be), [www.beswic.be](http://www.beswic.be) en [www.respectophetwerk.be](http://www.respectophetwerk.be)

#### 4.2.3. Preventie van druggerelateerde maatschappelijke overlast

Deze preventie omvat volgende beleidsdoelstellingen :

- Het systematisch en globaal in kaart brengen en analyseren van druggerelateerde maatschappelijke overlast-, criminaliteits- en onveiligheidsfenomenen op lokaal en supralokaal niveau, en dit in samenwerking met alle betrokken actoren.
- Het uitoefenen van structureel toezicht op en het evalueren van de tenuitvoerlegging van overeenkomsten en verbintenissen afgesloten met bestuurlijke overheden en politionele instanties in het kader van de aanpak van druggerelateerde maatschappelijke overlast-, criminaliteits- en onveiligheidsfenomenen.
- Het nemen van structurele initiatieven tot het inventariseren en doorlichten van de subsidiestromen ter financiering van werkingen en projecten ontwikkeld in het kader van de aanpak van de drugproblematiek vanuit de verschillende bevoegde overheden, met het oog op het meer transparant maken en rationaliseren van de bestaande financieringskanalen.
- Bestuurlijke overheden en politionele instanties ondersteunen bij het voorkomen, vaststellen en verminderen van druggerelateerde maatschappelijke overlast-, criminaliteits- en onveiligheidsfenomenen door het afsluiten van overeenkomsten en verbintenissen. In deze overeenkomsten worden enerzijds preventieacties ontwikkeld gericht op het informeren en sensibiliseren omtrent het bestuurlijk en politioneel beleid ter beteugeling van misdrijven met betrekking tot legale en illegale verdovende middelen en druggerelateerde maatschappelijke overlast, en anderzijds het psychosociaal begeleiden en maatschappelijk reïntegreren van probleemgebruikers, met bijzondere aandacht voor risicogroepen.
- Het initiëren en bevorderen van de ontwikkeling een lokaal integraal drugbeleid dat wordt tot stand gebracht door bestuurlijke overheden en politionele instanties, via begeleiding van lokale en supralokale projecten en processen, het aanreiken van goede methodes en werkpraktijken, het stimuleren van lokale en supralokale samenwerkingsverbanden en het aanbieden van adviezen en maatregelen inzake horizontale en verticale beleidsafstemming.

Voor de realisatie van deze beleidsdoelstellingen zullen de nodige middelen voorzien worden.

#### 4.3. Hulpverlening

● Gegeven de complexiteit van de problemen (op het vlak van gezondheid, sociaal en economisch functioneren, veiligheid, schade aan de leefomgeving, criminaliteit) die met middelengebruik gepaard kunnen gaan is er nood aan een integrale hulpverleningsstrategie die vertrekt van een gezondheidsbenadering maar ook de andere dimensies - welzijn, maatschappelijke integratie - integreert.

Daarvoor is nodig dat alle relevante sectoren - horizontaal - geïntegreerd samenwerken en dat de bevoegde beleidsniveaus - verticaal - hun acties op elkaar afstemmen.

● Het hulpverleningsaanbod aan probleemgebruikers moet dermate gediversifieerd uitgebouwd zijn dat het zowel behandeling (cure), zorg (care) als begeleiding toelaat. Dit impliceert een brede waaier van zowel middelenspecifieke voorzieningen als meer algemene gezondheids- en welzijnzorgvoorzieningen. Een evenwichtige geografische spreiding is onontbeerlijk en moet onderzocht worden door rekening te houden met een schatting van de behoeften in functie van sociale, economische en culturele parameters van de grondgebieden.

Inhoudelijk wordt er voorzien in volgende hulpverleningsvormen die zowel ambulante als residentiële worden aangeboden : drugvrije behandeling, ontwenningbehandeling, behandeling door middel van vervangingsmiddelen, harm reduction, reïntegratie en nazorg, ... De behandelingen moeten in hun globaliteit opgevat worden, rekening houdend met andere factoren dan de drugproblematiek zelf.

Bijvoorbeeld : op individueel niveau moeten de meervoudige problematieken (dubbele diagnose, ...) in rekening genomen worden, alsook de problematieken die raken aan andere levensdomeinen : werk, huur, strafrechtelijke rehabilitatie, psychosociale problemen, ...



- De optimalisering van het hulpverleningsaanbod vereist overleg, samenwerking en coördinatie tussen alle niveaus en betrokkenen. Netwerkvorming leidt tot een kwantitatieve en kwalitatieve versterking van het aanbod. In het netwerk hoort zowel een algemeen als een specifiek aanbod thuis (met name gespecialiseerde behandeling, medische zorgen en meer algemene begeleiding).

Dit kan uitmonden in zorgcircuits waarbij, onder impuls van de zorgcoördinatoren, een geheel van zorgprogramma's en zorgtrajecten worden aangeboden aan bepaalde doelgroepen of aan de creatie van pluridisciplinaire netwerken van actoren, die door één bepaald thema worden gemobiliseerd, met het optimaliseren van hun praktijken als doelstelling. Deze praktijken moeten voortdurend aangepast worden aan de evoluerende behoeften. Dit alles faciliteert in fine de doorverwijzing van de doelgroepen in functie van een méér efficiënte begeleiding van de individuen die zij samenstellen.

- De zorg voor personen met een drugprobleem vraagt een bijzondere bekwaamheid langs de ene kant en creëert, langs de andere kant, een moeilijkheid zoals het tekort aan professionals of de behoeften die niet vervuld worden (wachtlijsten). Men moet de vorming van zorgverstrekkers aanmoedigen.

- Het case-management dient gestimuleerd, inzonderheid voor specifieke doelgroepen.

Deze methodiek zorgt voor een geïndividualiseerde hulpverlening en voor een betere opvolging, het versterkt de afstemming tussen de hulpverleningsvoorzieningen en vergemakkelijkt de integrale aanpak waarbij gerelateerde problemen (huisvesting, tewerkstelling).

- Er is in de drughulpverlening nood aan een grote toegankelijkheid, met een bijzondere aandacht voor doelgroepen die vooralsnog onvoldoende worden bereikt en/of waarvoor geen specifiek uitgewerkte hulpverleningsstrategie voorhanden is: dubbele diagnosepatiënten, probleemgebruikers - ouders, gedetineerden, illegalen, etnische minderheden, daklozen, gezinsleden van probleemgebruikers.

- Gegeven de vaststelling dat de strafrechtsbedeling niet is toegerust voor het oplossen van individuele drugsproblemen dient de samenwerking tussen justitie en de drughulpverlening verder gestimuleerd, dit op basis van een wederzijds respect voor elkaars - verschillende - finaliteit, en met inachtnaam van de essentiële randvoorwaarden, waaronder een absoluut respect voor het beroepsgeheim.

- Evidence-based praktijken dienen gestimuleerd en verspreid te worden. Het evaluatie-onderzoek moet verder worden gestimuleerd en uitgebouwd zodat ook effect- en follow-up onderzoek mogelijk worden. Het dient de basis te vormen van de strategische keuzes die inzake het hulpverleningsaanbod inzake middelengebruik dienen gemaakt.

- De realisatie van een globaal en geïntegreerd hulpverleningsaanbod dat voldoende capaciteit heeft en beantwoordt aan de kwaliteitsnormen, vergt onverminderde budgettaire inspanningen. De bevoegde overheden dienen, niet alleen op de onderscheiden beleidsniveaus maar ook in het kader van een optimale verticale afstemming van het drugsbeleid, ten volle hun financiële verantwoordelijkheid te nemen.

- De verschillende bevoegde overheden, vertegenwoordigd in de AC, schakelen zich in, ook op het vlak van het terugdringen van de vraag en de uitbouw van het hulpverleningsaanbod, in het Drugs Actie Plan (2009-2012) van de EU.

#### 4.4. Repressie

4.4.1. Justitie wil zich verder inschrijven in een *globaal en geïntegreerd drugsbeleid*, gericht op *effectieve ontrading* via preventie, hulpverlening en repressie.

Aandacht dient besteed aan een betere en vernieuwde communicatie naar de bevolking.

In die optiek lijkt het aangewezen om af te stappen van het vaak verkeerd geïnterpreteerde begrip gedoogbeleid' en te bespreken over een consequent ontradingsbeleid.

Het globale beleid van de verschillende bij het beleid betrokken overheden moet consequent zijn, met respect van elkaars eigenheid en finaliteit.

Strafbaarstelling is een essentieel bestanddeel van het preventiebeleid, als signaal dat de overheid drugsgebruik niet aanvaardt.

Voor justitie is het een permanente zorg dat een evenwicht bewaard wordt tussen de normstelling in de wet en toepassing ervan in de maatschappelijke context.

Het is van wezenlijk belang dat de acties die ondernomen worden om drugsgebruikers te helpen of risico's te verminderen systematisch geëvalueerd worden wat betreft hun invloed op de aanbodmarkt en wat betreft hun negatieve effecten.

4.4.2. Justitie moet gepast en gedoseerd reageren op strafbare feiten.

Wat de controle van het drugsaanbod betreft kiezen we voor een versterkt repressief beleid.

De strijd tegen de drugsproductie en -handel vormt de eerste prioriteit van elk strafrechtelijk beleid dat een beperking van het drugsgebruik en drugsgerelateerde delinquentie beoogt.

Deze strijd dient ondersteund te worden door een beleid dat georiënteerd is op de reductie van de vraag.

4.4.3. De inspanningen om het aanbod te doen afnemen dienen opgevoerd met name door een betere synergie tussen de plannen van de verschillende departementen.

Dit zal bevorderd worden door het opstellen van een kadernota inzake integrale veiligheid waarbij extra aandacht zal worden besteed aan de veiligheidsketen.

De gemaakte keuzes dienen gesteund op objectieve gegevens.

Het Nationaal Veiligheidsplan en de actieplannen van het Openbaar Ministerie (o.m. College van Procureurs-generaal, Federaal Parket, parketten) dienen rekening te houden met de krachtlijnen van deze kadernota.

4.4.4. In afwachting hiervan wordt werk gemaakt van het opstellen van concrete geïntegreerde actieplannen, inzonderheid tussen de justitiële en politionele overheden, in uitvoering van het Nationaal Veiligheidsplan 2008-2011.

De acties van binnenlandse zaken afhangende overheden, de inzet van personeel en opsporingsmiddelen en -methodes dienen afgestemd met de justitiële autoriteiten om op deze manier te leiden naar een consequent opsporings- en vervolgingsbeleid.

De verschillende drugsfenomenen/prioriteiten dienen op een gestructureerde wijze te worden aangepakt, gericht op het in beeld brengen van de volledig criminele drugsketen, inclusief het onderzoek naar de herkomst van de drugs, de opdrachtgevers en top van de organisatie, de afzetmarkt, de criminele opbrengsten,...

Bijzondere aandacht dient besteed aan beeldvorming van het fenomeen en informatiedoorstroming.

4.4.5. Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van de financiële middelen die door Federaal Wetenschapsbeleid ter beschikking worden gesteld. Dankzij deze middelen kunnen de gepaste onderzoeksprojecten opgestart worden en de resultaten van de onderzoeksprojecten op de meest efficiënte wijze geëxploiteerd worden.

4.4.6. Justitie schakelt zich verder in in het drugsbeleid uitgetekend door de Verenigde Naties en de Europese Unie.

Conform de Schengen Uitvoeringsovereenkomst mag ons land geen nadelige effecten ondervinden van het gevoerde drugsbeleid van de buurlanden.

De veranderingen in het drugsbeleid van de buurlanden zullen systematisch geëvalueerd worden wat betreft hun impact op het aanbod van illegale drugs of overlast in België. Omgekeerd zullen de maatregelen om het aanbod in België te verminderen eveneens bekeken worden op regionaal en/of internationaal niveau.

De politionele en justitiële samenwerking en overleg met de aangrenzende landen zal geïntensiveerd worden, zodat deze een structureel karakter krijgen opdat de grensoverschrijdende drugscriminaliteit efficiënter kan bestreden worden, de gegevens maximaal uitgewisseld worden, rechtshulpverzoeken adequaat worden opgevolgd en uitgevoerd,...

4.4.7. Wat betreft de aanpak van drugsgebruikers en verslaafden gaan we hier ook verder op de ingeslagen weg.

Voor deze groep willen we alternatieven voor een gerechtelijke sanctie stimuleren en een maximale doorverwijzing naar de hulpverlening, dit op alle echelons van de strafrechtelijke keten (parket, probatie, bemiddeling in strafzaken, strafuitvoering,...)

Het is belangrijk dat de actoren hun vertrouwd actiedomein kunnen overschrijden en achterhalen hoe ze kunnen bijdragen tot de doelstellingen van andere sectoren inzake drugsbeleid.

De samenwerking tussen justitie en hulpverlening dient verder uitgebouwd, uitgaande van de mogelijkheid van hulpverlening voor personen onder drang en het bewerkstelligen van brugfuncties onder de vorm van casemanagement.

De subsidiering van de alternatieve maatregelen via Globaal Plan aan FOD Justitie inzake drugsbegeleiding dient herbekeken. Justitie moet ondanks de drang kunnen beroep doen op het hulpaanbod van Volksgezondheid om zodoende de continuïteit in behandelingsprogramma's te garanderen.

#### 4.5. Wetenschappelijk onderzoek

Het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid geeft een bijzondere plaats aan het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van de drugproblematiek, rekening houdend met persoonsgebonden, nationale, culturele en andere eigenheden' (artikel 1, alinea 1). Deze transversale doelstelling vereist, onder andere, het ontwikkelen en mobiliseren van noodzakelijke wetenschappelijke kennis in functie van een globaal en geïntegreerd drugsbeleid in België.

Binnen het kader van haar bevoegdheden wenst Federaal Wetenschapsbeleid deze uitdaging aan te gaan door middel van een onderzoeksprogramma dat een financiering toelaat, op jaarbasis, van onderzoeksprojecten.

De principes van het programma zijn :

- De wetenschappelijke uitnemendheid en de integratie op het internationale niveau;
- De bundeling, met respect van de bevoegdheden van de betrokken partijen, van sleutelvragen die meerdere bevoegdheidsdomeinen omvatten. Deze bundeling biedt tevens een coherent kader dat de fragmentatie van onderzoeken beperkt. De onderzoeksthema's zullen zich baseren op de strategische oriëntaties van het Belgisch drugsbeleid, zoals aanvaard door de Interministeriële Conferenties Drugs.
- Het toevlucht tot een pallet aan financieringsschema's die een flexibele samenwerking toelaten met andere entiteiten (andere federale departementen, gemeenschaps- en gewestelijke overheden, internationale organisaties en andere landen).

De rol van Federaal Wetenschapsbeleid zal, onder meer, liggen in het aanleveren van een erkende deskundigheid op het vlak van het beheer van programma's en onderzoeksprojecten.

Een dergelijk programma, dat ten dienste van allen staat, vereist eveneens de medewerking van éénieder. De complementariteit tussen de onderzoeken die door Federaal Wetenschapsbeleid gefinancierd worden en deze die door andere overheden worden gefinancierd kan immers uitsluitend gagarandeerd worden door het regelmatig samenbrengen van de beschikbare informatie. Federaal Wetenschapsbeleid wenst hieraan bij te dragen in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en haar partners, met name de subfocal points in de gefedereerde entiteiten.

De Algemene Cel Drugsbeleid neemt de wetenschappelijke kennis in rekening bij het bepalen van haar beleid. Ze consulteert hiertoe de actoren, ondermeer via ad-hoc werkgroepen.

De Algemene Cel Drugsbeleid steunt het wetenschappelijk onderzoek naar drugs en druggebruik zoals het al wordt uitgevoerd door diverse actoren waaronder onder de federale overheid, Gemeenschappen en Gewesten, elk met inhoudelijk uiteenlopende expertise. Het betreft ondermeer de universitaire onderzoeksgroepen, het Belgisch nationaal focal point voor het EMCDDA (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen, CTB-ODB, Eurotox, SPZ), de onderzoeksafdelingen van behandelingscentra, de federale politie.

Het wetenschappelijk onderzoek betreft enerzijds onderzoek naar aspecten van het aanbod, zoals productie, prijs en beschikbaarheid. Het betreft anderzijds onderzoek naar aspecten van de vraag naar illegale drugs, meer bepaald op het vlak van de preventie en behandeling van gebruik, en op het vlak van de epidemiologie van drugs en druggebruik.

Het onderzoek naar het aanbod en het epidemiologisch onderzoek zullen beiden dienen te beantwoorden aan de zich wijzigende eisen van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD), zowel wat betreft methode als inhoud. Momenteel kunnen 6 thema's worden onderscheiden. Ten eerste, de (monitoring van de) samenstelling van de in omloop zijnde nieuwe en gevaarlijke substanties, zowel op het niveau van de gebruikers als de groothandel (Early Warning System). Dit dient te gebeuren in samenwerking met de EWS-systemen van de Vlaamse en Franse Gemeenschap, de federale politie en alle gespecialiseerde laboratoria. Ten tweede, het intensief, problematisch druggebruik van heroïne, cocaïne, amfetamine en cannabis, door diverse groepen zoals gevangenen, vrouwelijke sex werkers, jongeren en het uitgaansmilieu. Ten derde, de infectieuze aandoeningen gerelateerd aan injecterend druggebruik. Ten vierde, de druggerelateerde sterfte in de algemene bevolking en bij problematische, intensieve gebruikers. Ten vijfde, de beschrijving van de vraag naar een behandeling voor drug- of alcoholgebruik. Ten zesde, het druggebruik in de algemene bevolking.

De Algemene Cel Drugsbeleid zal adviseren aangaande de onderzoeksprioriteiten na overleg met de onderzoeksinstellingen en de diensten actief met betrekking tot preventie en hulpverlening.

#### 4.6. Internationaal

Het globaal en geïntegreerd drugsbeleid schrijft zich in een externe dimensie in door zijn materiële realiteit (evolutie van het drugfenomeen op wereldvlak), door zijn theoretische en juridische basis (Europese Drugsstrategie, Verdragen van de Verenigde Naties) en door zijn uitdrukking (multilaterale ruimtes, bilaterale relaties, ...). Het is deze externe dimensie die de aandacht zal krijgen van de Cel Internationale Samenwerking van de ACD.

Onder dit oogpunt zou de Algemene Cel Drugsbeleid, en meer bepaald de Cel Internationale Samenwerking, in lijn met zijn algemene functie, moeten opgevat worden als een bevoorrecht instrument van coherentie in het beheer van de externe dimensie van het globaal en geïntegreerd drugsbeleid. Om dubbelgebruik te vermijden, zal het belangrijk zijn dat de Cel zich strikt houdt aan zijn mandaat, met name het garanderen van de coherentie in het Belgisch drugsbeleid, in voorkomend geval voor wat betreft zijn externe dimensie. De strikt operationele elementen zullen dus slechts door de Cel behandeld worden in de mate dat ze raken aan de coherentie in dit beleid.

De Cel Internationale Samenwerking van de ACD zal de bestaande coördinatiemechanismen voor de Belgische positie of vertegenwoordiging, zoals deze werden opgesteld door diverse Belgische instellingen in het kader van hun bevoegdheden (FOD Volksgezondheid, FOD Justitie, gemeenschappen, Federale Politie, ...), niet vervangen. Zij zal ten aanzien van deze bestaande systemen van coördinatie of vertegenwoordiging een complementaire en ondersteunende bijdrage leveren.

In deze rol zal de Cel diverse middelen gebruiken, waaronder vooral de informele coördinatie, ongeacht de formele coördinatie, en de uitwisseling van informatie.

De relevante internationale documenten voor de realisatie van dit beleid zijn :

- EU Drugs strategy 2005-2012
- EU Drugs action plan 2009-2012
- WHO Framework Convention on Tobacco Control
- Framework for alcohol policy in the WHO European Region
- EU Strategy to support Member States in reducing alcohol related harm
- United Nations Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- United Nations Convention on Psychotropic Substances, 1971
- United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances, 1988

Ook Defensie heeft een rol met betrekking tot de internationale dimensie door de inzet van militaire middelen teneinde de productie of het transport van drugs te voorkomen.

Pour l'Etat fédéral :  
Voor de Federale Staat :

Mme L. ONKELINX

Vice-première Ministre et Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,  
chargée de l'Intégration Sociale  
Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Maatschappelijke Integratie

Y. LETERME

Eerste Minister,  
belast met de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid  
Premier Ministre,  
chargé de la Coordination de la Politique de migration et d'asile

Mme J. MILQUET

Vice-Première Ministre et Ministre de l'Emploi et de l'Egalité des chances,  
chargée de la Politique de migration et d'asile  
Vice-Eerste Minister en Minister van Werk en Gelijke Kansen,  
belast met het Migratie- en asielbeleid

S. VANACKERE

Vice-Eerste Minister en Minister van Buitenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen  
Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires étrangères et des Réformes institutionnelles

D. REYNDERS

Vice-Premier Ministre et Ministre des Finances et des Réformes institutionnelles  
Vice-Eerste Minister en Minister van Financiën en Institutionele Hervormingen

S. DE CLERCK

Minister van Justitie  
Ministre de la Justice

Mevr. A. TURTELBOOM

Minister van Binnenlandse Zaken  
Ministre de l'Intérieur

Mme S. LARUELLE

Ministre des P.M.E., des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique  
Minister van K.M.O.'s, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid

P. DE CREM

Minister van Landsverdediging  
Ministre de la Défense

V. VAN QUICKENBORNE

Minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen  
Ministre pour l'Entreprise et la Simplification

M. DAERDEN

Ministre des Pensions et des Grandes villes  
Minister van Pensioenen en Grote Steden

M. WATHELET

Secrétaire d'Etat au Budget, adjoint au Ministre du Budget, Secrétaire d'Etat à la Politique de migration et d'asile, adjoint à la Ministre chargée de la Politique de migration et d'asile, et en ce qui concerne la Coordination de la Politique de migration et d'asile, adjoint au Premier Ministre,

Secrétaire d'Etat à la Politique des familles, adjoint à la Ministre de l'Emploi, et en ce qui concerne les aspects du droit des personnes et de la famille, adjoint au Ministre de la Justice, et Secrétaire d'Etat aux Institutions culturelles fédérales, adjoint au Premier Ministre

Staatssecretaris voor Begroting, toegevoegd aan de Minister van Begroting Staatssecretaris voor Migratie-en asielbeleid, toegevoegd aan de Minister belast met Migratie- en asielbeleid, en wat de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid betreft, toegevoegd aan de Eerste Minister

Staatssecretaris voor Gezinsbeleid, toegevoegd aan de Minister van Werk, en wat de aspecten inzake personen- en familierecht betreft, toegevoegd aan de Minister van Justitie, Staatssecretaris voor de Federale Culturele Instellingen, toegevoegd aan de Eerste Minister

E. SCHOUPPE

Staatssecretaris voor Mobiliteit, toegevoegd aan de Eerste Minister  
Secrétaire d'Etat à la Mobilité, adjoint au Premier Ministre

Ph. COURARD

Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté,  
adjoint à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale

Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding,  
toegevoegd aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie

Pour la Région Wallonne :

Voor het Waals Gewest :

P. FURLAN

Ministre des Pouvoirs locaux, de la Ville et du Tourisme

E. TILLIEUX

Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :

Pour la communauté flamande et la Région flamande :

J. VANDEURZEN

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Communauté Française :

Voor de Franse Gemeenschap :

A. ANTOINE

Vice-Président,

Ministre du Budget, des Finances, de l'Emploi, de la Formation, des Sports et de la politique aéroportuaire

Mme F. LAANAN

Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des chances

Pour la Région de Bruxelles-capitale :

Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Ch. PICQUE

Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles Capitale  
Minister-president van de Regering van het Brussels Hoofdstedelijke Gewest

Pour la Communauté germanophone :

Für der Deutschsprachige Gemeinschaft :

H. MOLLERS

Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,  
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales



Pour la Commission Communautaire Commune :  
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie :

B. CEREXHE

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM),  
chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique

Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC),  
belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt

J.-L. VANRAES

Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM),  
belast met Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM),  
chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures

Pour la Commission Communautaire Française :  
Voor de Franse Gemeenschapscommissie :

B. CEREXHE

Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF),  
chargé de la Fonction publique, de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes

Nota

(1) (Parl. St., Kamer, 1996-1997, 1062/1 tot 1062/3)

(2) BS 02.06.2003

(3) BS 17.07.2008

(4) Het lagere aantal in vergelijking met 2001-2003 wordt verklaard doordat sommige overeenkomsten die vroeger waren afgesloten met verschillende afdelingen van eenzelfde inrichtende macht in de loop van 2006 werden samengevoegd onder de noemer van eenzelfde overeenkomst.

(5) <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=nl&COD=DR>

(6) Dit rapport kan geraadpleegd worden op <http://www.zorgengezondheid.be/default.aspx?id=5366>. Meer omvattende gegevens over tabak, alcohol en drugs zijn beschikbaar (De Donder E., 2008, Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2005-2006, VAD. Onderzoek uitgevoerd door IPSOS in opdracht van de Stichting tegen Kanker, november 2007, zie [www.kanker.be](http://www.kanker.be)).

(7) We hanteren de WHO-definitie van gezondheid als fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, maar houden er tegelijkertijd aan om welzijn en gezondheid expliciet als uitgangspunt te benoemen (tegenover criminaliteit, veiligheid, enz.).

(8) De deelname aan de samenleving ; actie op het levensdomein ; de ontwikkeling van persoonlijke en sociale vaardigheden ; de heroriëntering van diensten ; het overleg en de intersectoriële actie ; informatie en continue opleiding.

(9) Consultant : elke persoon, groep van personen of instelling die zich richt tot een dienst actief op het gebied van het druggebruik (artikel 2, 3° van het decreet van 27 april 1995)

(10) De plannen voor maatschappelijke cohesie vervangen van nu af aan de plannen voor buurtpreventie waarvan de pijler « verslavingen » onder de preventie viel. Om de verdeling van de bevoegdheden te respecteren heeft men het decreet van 6 november 2008 gebaseerd op de therapeutische aanpak en de benadering van de gezondheid in zijn geheel, binnen het grondgebied van de gemeente.

Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique

**Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues**

- 25 janvier 2010 -

TABLE DES MATIERES

1. Une Déclaration Conjointe
  - 1.1. Contexte
  - 1.2. Objectif
2. Les antécédents de la politique belge en matière de drogues
  - 2.1. Les lignes de forces définies par le groupe de travail parlementaire drogues
  - 2.2. La réponse dans la note politique fédérale drogues de 2001
  - 2.3. L'accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire Française et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée (2 septembre 2002)
    - 2.3.1 Les objectifs
    - 2.3.2 Les missions
3. Initiatives les plus importantes dans la politique de drogues depuis la signature de l'accord de coopération, 2002
  - 3.1. Autorité fédérale : santé publique
    - 3.1.1. Coordinateur des soins assuétudés
    - 3.1.2. Double diagnostic
    - 3.1.3. Unités de crise et case management
    - 3.1.4. Campagnes en matière de benzodiazépines
    - 3.1.5. Arrêté royal réglementant les traitements de substitution
    - 3.1.6. La Cellule Politique de Santé Drogues
    - 3.1.7. Cannabis

- 3.1.8. Projet pilote traitement médical assisté de diacétylmorphine
- 3.1.9. Tabac
- 3.1.10. Fonds de lutte contre les assuétudes
- 3.1.11. Cocaïne
- 3.1.12. Alcool
- 3.1.13. International
- 3.1.14. Institut Scientifique de Santé publique
- 3.2. Affaires sociales (INAMI)
- 3.3. Affaires intérieures
  - 3.3.1. Direction Sécurité Locale Intégrale
  - 3.3.2. Police fédérale
- 3.4. Justice
  - 3.4.1. Circulaires
  - 3.4.2. Vis-à-vis les consommateurs des drogues et les toxicomanes
  - 3.4.3. Politique pénitentiaire en matière de drogues
  - 3.4.4. Lutte contre la production, la distribution et le trafic illicite de stupéfiants
  - 3.4.5. Les problèmes de drogue transfrontaliers et la coopération internationale
- 3.5. Politique scientifique
  - 3.5.1. Introduction
  - 3.5.2. Génèse du programme de recherche
  - 3.5.3. Caractéristique du programme de recherche
  - 3.5.4. Aperçu des contrats de recherche (2002-)
- 3.6. Mobilité
  - 3.6.1. Conduire sous l'influence des drogues
    - 3.6.1.1. Prévention
    - 3.6.1.2. Etats-généraux
    - 3.6.1.3. Respect des règles - législation : nouvelles initiatives
  - 3.6.2. Conduire sous l'influence de l'alcool
    - 3.6.2.1. Prévention
    - 3.6.2.2. Bob en Europe
    - 3.6.2.3. Etats-généraux
    - 3.6.2.4. Respect des règles -législation : nouvelles initiatives
    - 3.6.2.5. L'éthylotest anti-démarrage comme sanction
  - 3.6.3. Conduire sous l'influence des médicaments
- 3.7. Emploi
  - 3.7.1. Politique en matière de tabac
  - 3.7.2. Politique en matière d'alcool et de drogues
- 3.8. Autorité flamande : Ministre de Bien-être, Santé publique et famille
- 3.9. Autorité flamande : Gouvernement flamand
  - 3.9.1. Vision politique
    - 3.9.1.1. Exposé du problème
    - 3.9.1.2. Objectifs au niveau de la santé
    - 3.9.1.3. Recommandations internationales
    - 3.9.1.4. Une approche politique intégrale pour la Flandre
    - 3.9.1.5. Alignement entres différentes compétences
  - 3.9.2. Secteurs et groupes cibles
  - 3.9.3. Lignes directrices d'action
- 3.10. Communauté Française de Belgique
  - 3.10.1. Compétences
  - 3.10.2. Sources
  - 3.10.3. Actions
- 3.11. Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale
  - 3.11.1. Compétences
  - 3.11.2. Sources
  - 3.11.3. Actions
- 3.12. Commission Communautaire Commune de la Région de Bruxelles-Capitale
- 3.13. Communauté Germanophone
  - 3.13.1. Compétences
  - 3.13.2. Sources
  - 3.13.3. Actions
- 3.14. Région wallonne
  - 3.14.1. Compétences
  - 3.14.2. Sources
  - 3.14.3. Actions

- 4. Principes et opérationnalisation
- 4.1. Une politique globale et intégrée en matière de drogues
- 4.2. Prévention
  - 4.2.1. Prévention en matière de santé
  - 4.2.2. Prévention sociale : travail
  - 4.2.3. Prévention de nuisances sociales liées à la drogue
- 4.3. Aide
- 4.4. Répression
- 4.5. Recherche scientifique
- 4.6. International

## 1. Une Déclaration Conjointe

### 1.1. Contexte

La politique belge en matière de drogues date, dans sa forme explicite, d'une dizaine d'années. Ses fondements ont été posés par le groupe de travail parlementaire "Drogues" qui, en 1996-1997, a choisi de traduire dans la politique, via une approche bottom-up, les analyses, les besoins et les aspirations du terrain dans les différents secteurs.

Ce groupe de travail parlementaire a tracé les lignes de force d'une politique globale et intégrée en matière de drogues. Une approche intégrée, où tous les acteurs compétents œuvrent de manière coordonnée, dans le respect de la finalité et des caractéristiques spécifiques de chacun, à la réalisation des objectifs politiques, requiert une harmonisation politique. Dans la réalité du contexte institutionnel belge où, conformément à la réforme de l'Etat, les compétences s'agissant des différentes composantes de la politique en matière de drogues sont réparties entre une multitude de ministres fédéraux, communautaires et régionaux, une harmonisation politique horizontale et verticale est essentielle pour parvenir à l'approche globale postulée du phénomène de la drogue.

La note fédérale Drogues de 2001, réponse du pouvoir exécutif aux recommandations formulées par le Parlement, a repris en grande partie les constats et les recommandations du groupe de travail parlementaire "Drogues". Les Communautés et les Régions ont participé à la rédaction de cette note fédérale Drogues.

Après approbation de la note, toutes sortes de mesures furent prises à différents niveaux politiques. Une des mesures les plus importantes fut, en septembre 2002, la signature de l'accord de coopération entre l'état fédéral, les communautés, la commission communautaire commune, la commission communautaire française et les régions pour une politique globale et intégrée en matière de drogues. L'accord donnait au Ministre fédéral de Santé publique le mandat de coordonner l'exécution de l'accord.

L'accord requerrait l'assentiment de tous les organes législatifs compétents. Le dernier assentiment fut donné en septembre 2008.

Début 2009, le Ministre fédéral de la Santé publique lança l'opérationnalisation de l'accord par la création de la Cellule générale de politique en matière de Drogues (CGPD) et la Conférence Interministérielle Drogues. L'une des premières missions de la CGPD fut l'élaboration de la présente Déclaration. Cette Déclaration fut approuvée par la Conférence Interministérielle du 25 janvier 2010.

### 1.2. Objectif

L'accord de coopération est un document de base pour la Cellule générale de politique en matière de Drogues et la Conférence Interministérielle. Cet accord formule les tâches de la Cellule et de la Conférence. L'art. 1, point 6 formule la mission suivante de la CIM : 'L'élaboration de plans de politique délibérés en vue d'une politique en matière de drogues globale et intégrée'. Cette déclaration souhaite donner exécution à cette mission.

La CGPD exécute des tâches qui ont été données par la loi, à savoir :

1. Faire réaliser un inventaire détaillé, complet et à jour de tous les acteurs impliqués dans la problématique des drogues.
2. Proposer des mesures motivées en vue de faire concorder les actions menées ou envisagées par les administrations et services publics compétents et les parties signataires et d'accroître l'efficacité desdites actions.
3. Emettre des avis et des recommandations motivés sur la réalisation de l'harmonisation des politiques en matière des drogues.
4. Evaluer, en collaboration étroite avec l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies :
  - a) La qualité des données et des informations qui sont transmises à la Cellule générale par chacune des parties signataires ainsi que par les administrations et services publics.
  - b) La rapidité de l'échange d'information entre ces autorités, les divers organismes compétents et la Cellule générale.
5. Préparer et proposer des accords ou des protocoles de coopération pour réaliser les actions intégrées.
6. Préparer les rapports pour la Conférence interministérielle et pour les instances internationales.
7. Stimuler la concertation, proposer à la Conférence interministérielle une position commune de la Belgique auprès des instances européennes et internationales compétentes en matière de drogues.
8. Formuler des recommandations et des propositions relatives au contenu et à la mise en oeuvre des notes de politique en matière de drogues rédigées par les parties signataires.

La mission principale de la CGPD est de veiller à la mise en place d'une politique intégrée et globale en matière de drogues.

La CGPD offre dans ce sens une plateforme pour la concordance entre tous les acteurs compétents dans les différents domaines de la politique des drogues.

La CGPD est ouverte pour des questions d'avis émanants des acteurs compétents dans la politique des drogues, et ce tant sur des produits illicites que sur les produits licites.

La CGPD peut également de sa propre initiative évaluer tous les aspects de la politique belge en matière de drogues et communiquer à ce sujet un avis motivé à la CIM Drogues et aux Ministre(s) compétent(s).

Après l'introduction, cette Déclaration contient encore 3 parties. Une première partie décrit les antécédents de la politique de drogues en Belgique. Une seconde partie donne un aperçu des actions et/ou des principes de politique des ministres concernés depuis l'approbation de la note de politique fédérale Drogues 2001. Une troisième partie rassemble les options politiques des Ministres compétents dans les différents domaines de la politique des drogues.

## 2. Les antécédents de la politique belge en matière de drogues

### 2.1. Les lignes de forces définies par le groupe de travail parlementaire drogues (1)

- Le choix clair d'une politique intégrée en matière de drogues basée sur une approche globale ou intégrale du phénomène de la drogue.

- La plus haute priorité va à la prévention. Vient ensuite l'assistance aux personnes qui connaissent des problèmes de toxicomanie. La répression est en premier lieu axée sur la production et sur le trafic de drogue. Bien que la criminalité liée à la drogue ne soit en rien excusable, le principe qui prévaut vis-à-vis du(de la) consommateur(trice) de drogues est que l'intervention pénale constitue le remède ultime ("ultimum remedium").

- Une approche globale intégrée est basée sur la nécessité d'une collaboration et d'une coordination entre les différents acteurs. Le morcellement des compétences entre les niveaux fédéral, communautaire, régional, provincial et local de la politique requiert une harmonisation politique tant au niveau vertical qu'au niveau horizontal.

- Le financement disparate aux différents niveaux de la politique est un problème.

- En matière d'épidémiologie et d'évaluation, il y a lieu d'organiser de manière systématique des études de population portant également sur des groupes à risque spécifiques, et l'approche quantitative doit être contextualisée à l'aide d'une étude qualitative.

- Un enregistrement uniforme de l'assistance aux toxicomanes, complété par des données obtenues auprès de l'administration de la justice pénale, doit permettre d'évaluer l'ampleur de la consommation problématique de drogues.

- La prévention a pour objectif de dissuader, de faire reculer la consommation de drogues, tant légales qu'illégales, et de réduire le nombre de nouveaux toxicomanes. Pour réaliser cet objectif, il faut mettre en œuvre toutes sortes de mesures axées sur une prévention visant la personne (promotion générale de la santé et éducation sanitaire, stimulation des aptitudes sociales et apprentissage de la gestion des risques) et sur une prévention structurelle (lutte contre la précarité, politique sociale).

- Un statut à part entière pour les intervenants professionnels du secteur préventif doit être mis au point d'urgence afin de garantir la continuité de la méthode de travail et la promotion de l'expertise.

- L'assistance aux consommateurs problématiques de drogues légales et illégales doit prendre la forme de "soins sur mesure". Aussi est-il essentiel de disposer d'un large éventail d'équipements allant d'initiatives dites à bas seuil, destinées à réduire les dommages, aux programmes thérapeutiques d'abstinence dits à haut seuil.

- Les équipements doivent être harmonisés et coordonnés par le truchement d'un système d'enregistrement bien organisé. Etant donné que l'on opte, dans le contexte de l'assistance aux toxicomanes, pour une approche multidisciplinaire, l'assistance spécialisée aux toxicomanes doit être intégrée dans le réseau existant des équipements sociaux et médicaux. Au niveau régional, des réseaux doivent être développés. Le principe est que celui ou celle qui demande de l'aide le fait de sa propre volonté. Un traitement sous la pression - p. ex. pression judiciaire - est possible, mais un traitement sous la contrainte est à éviter.

- La collaboration entre la justice et l'assistance doit être basée sur le respect mutuel de la finalité de chacun et tenir compte de la relation confidentielle entre l'intervenant et le client (secret professionnel). Les initiatives de réduction des risques doivent être stimulées. Le développement de la ligne zéro et de la première ligne est basé sur la considération suivante : les toxicomanes marginalisés ayant peu ou pas de contact avec le secteur de l'assistance montrent un comportement à risque accru. Les initiatives de réduction des risques ne se limitent pas aux traitements de substitution. Citons également l'accompagnement médical et psychologique ainsi que la réinsertion sociale par l'emploi notamment. Les intervenants de la première ligne (les médecins généralistes, les psychiatres, les pharmaciens et les centres de santé) doivent également participer au traitement de substitution. Il convient par ailleurs de veiller à ce que ces intervenants reçoivent une formation, soient soutenus par les MASS et sauvegardés dans le système d'enregistrement de l'administration de la méthadone.

- Sur le plan répressif, la plus grande priorité est accordée à la lutte contre la production illégale et le trafic de drogues.

- À cet égard, la Belgique s'engage aussi dans la politique européenne en matière de drogues. Bien que la possession de drogues illégales reste punissable en Belgique, l'intervention pénale vis-à-vis du consommateur de drogues est basée sur la philosophie du remède ultime ("ultimum remedium"). En cas de criminalité liée à la drogue, l'intervention est déterminée par la gravité des faits et par l'état individuel de la personne concernée. La criminalité liée à la drogue inspirée par le seul appât du gain doit faire l'objet d'une approche répressive. Il en va autrement de la criminalité liée à la drogue à laquelle se livrent les toxicomanes pour couvrir leurs propres besoins.

- La politique pénale tend à mettre en œuvre une approche différenciée des consommateurs problématiques de drogues qui se rendent coupables de criminalité liée à la drogue. À tous les échelons (poursuites, fixation et exécution des peines), il existe des possibilités pour orienter les consommateurs problématiques vers le secteur de l'assistance, pour autant que cela soit souhaité et conformément aux lignes politiques.

- Il y a également lieu de faire une distinction entre la possession à des fins de consommation personnelle de cannabis et d'autres drogues illégales. La plus petite priorité de poursuite est accordée à la possession de cannabis pour consommation personnelle, à moins qu'il ne soit question de nuisances sociales ou que la personne concernée ne soit un consommateur problématique. Compte tenu de l'ampleur de la consommation de drogues, une politique pénitentiaire en matière de drogues doit être élaborée. Les détenus héroïnomanes doivent également avoir accès aux traitements de substitution. Les diverses modalités de l'exécution de la peine et de l'interruption de ladite exécution peuvent être utilisées pour orienter les consommateurs problématiques vers le secteur de l'assistance.

- Une politique locale intégrée en matière de drogues, qui regroupe tous les secteurs, est la réponse indiquée aux nuisances locales liées à la drogue.

### 2.2. La réponse dans la note politique fédérale drogues de 2001

- La note fédérale Drogues reprend les points de départ tels que formulés dans les constats et recommandations du groupe de travail parlementaire "Politique en matière de drogue".

- La note fédérale Drogues précise ce qui suit : "Il semble indiqué que la Cellule Drogue (un organe de soutien de la politique regroupant les différents niveaux de politique compétents) à créer formule des objectifs partagés par les différents niveaux de pouvoir et que ces objectifs soient concrétisés par des indicateurs. Si ces derniers sont associés à une épidémiologie de qualité, il deviendra possible d'évaluer les futures mesures politiques. »

- La note fédérale Drogues comprend des points d'action regroupés en cinq chapitres : approche intégrée et globale; évaluation, épidémiologie et recherche; prévention; assistance, réduction des risques et réinsertion; et répression.



● Le chapitre "Approche intégrée et globale" présente la composition, les objectifs, les missions et la méthode de travail de la Cellule Drogue.

L'objectif visé est la réalisation d'une politique globale et intégrée en matière de drogues. La Cellule Drogue sera ainsi composée de représentant(s) de toutes les autorités compétentes (Etat fédéral, Communautés et Régions). La direction de la Cellule Politique Drogue sera assurée par un(e) coordina(t)eu(r)ice en matière de drogues, compétent(e) pour coordonner la politique en matière de drogues. La Cellule Politique Drogue appuiera l'action et donnera des avis aux autorités compétentes ainsi qu'à la Conférence interministérielle Politique en matière de Drogues qui peut être convoquée par chaque autorité participante et par un certain nombre d'autres Conférences interministérielles.

Le Gouvernement fédéral a rédigé à cet effet un projet d'accord de coopération (Etat fédéral - Communautés - Régions). Les parties signataires s'engagent à mettre leurs stratégies en concordance par la concertation, sur la base d'un certain nombre d'objectifs explicites. Les compétences autonomes des Communautés et des Régions sont respectées. Des différences régionales pour ce qui est des principes et de la pratique persisteront donc.

### **2.3. L'accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire Française et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée (2 septembre 2002) (2)**

#### **2.3.1 Les objectifs**

- 1) L'acquisition d'une compréhension globale de tous les aspects de la problématique des drogues, en tenant compte des spécificités nationales, culturelles ou autres des individus;
- 2) La prévention et la dissuasion continues de l'usage des drogues et la limitation des dommages afférents à cet usage;
- 3) L'optimalisation et la diversification de l'offre en matière d'assistance et de traitements offerte aux toxicomanes;
- 4) La répression de la production illicite et du trafic de drogue;
- 5) L'élaboration de projets politiques concertés pour une politique de drogues globale et intégrée;
- 6) La préparation de chaque forme de concertation en vue de la représentation de la Belgique dans les enceintes européennes et internationales compétentes en matière de drogues.

#### **2.3.2 Les missions**

- Faire réaliser un inventaire détaillé, complet et à jour de tous les acteurs impliqués dans la problématique des drogues.
- Proposer des mesures motivées en vue de faire concorder les actions menées ou envisagées par les administrations et services publics compétents et les parties signataires et d'accroître l'efficacité des dites actions.
- Emettre des avis et des recommandations motivés sur la réalisation de l'harmonisation des politiques en matière de drogues.
- Evaluer, en collaboration étroite avec l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies :
  - La qualité des données et des informations qui sont transmises à la Cellule générale par chacune des parties signataires ainsi que par les administrations et services publics
  - La rapidité de l'échange d'informations entre ces autorités, les divers organismes compétents et la Cellule générale
- Préparer et proposer des accords ou des protocoles de coopération pour réaliser les actions intégrées.
- Stimuler la concertation, proposer à la Conférence Interministérielle une position commune de la Belgique auprès des instances européennes et internationales compétentes en matière de drogues.
- Formuler des recommandations et des propositions relatives au contenu et à la mise en œuvre des notes de politique en matière de drogues rédigées par les parties signataires.

Dans le cadre des missions mentionnées ci-dessus, la Cellule Drogue peut entamer une concertation avec les services et administrations compétents et leur demander de lui fournir des informations. La Cellule Drogue peut faire appel à la collaboration d'experts et d'associations ou d'institutions dont l'action est ciblée sur la problématique de la drogue et se concerter avec les représentants des organisations de toxicomanes.

### **3. Initiatives les plus importantes dans la politique de drogues depuis la signature de l'accord de coopération, 2002**

#### **3.1. Autorité fédérale : santé publique**

L'autorité fédérale compétente en matière de Santé publique, réalise diverses initiatives en exécution de la Note politique fédérale drogues et dans le cadre des plans politiques drogues du Ministre compétent.

##### **3.1.1. Coordinateur des soins assués**

Ce projet pilote vise à implémenter la fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances. La fonction du coordinateur de soins consiste à faciliter la concertation pour le groupe cible au niveau provincial, notamment en mettant autour de la table tous les acteurs nécessaires et liés à la concertation.

L'objectif final est la création de circuits de soins pour le groupe cible de personnes présentant un problème lié aux substances.

Cette concertation devra au moins réunir toutes les institutions et tous les services faisant partie de la collaboration au niveau de la province, pour autant qu'ils organisent une initiative de soin pertinente pour le groupe cible concerné.

Cela touche, entre autre, les hôpitaux généraux qui disposent d'un service de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement, les hôpitaux psychiatriques, les maisons de soins psychiatriques, les services ou les centres de santé mentale, les pouvoirs organisateurs des Initiatives d'habitations protégées, les autres acteurs qui disposent d'aménagements, avec une convention INAMI et qui ont comme objectif d'organiser une offre spécifique pour le groupe cible dans les soins de santé mentale. D'autres unités de soins locales ou régionales peuvent évidemment être ajoutées à cette liste.

En 2002, les plateformes de concertation de santé mentale ont lancé un appel à toutes les provinces de Belgique, à la région de Bruxelles Capitale et à la Communauté germanophone afin de prendre part au projet pilote. Finalement, 9 des 15 plateformes de concertation ont choisi d'y coopérer, chacune dans une province excepté la province de Namur qui n'y a pas pris part au début. Cette plateforme de concertation participe bien au projet depuis 2005. La plateforme de la Région de Bruxelles Capitale y participe depuis 2007.

Depuis le début de ce projet pilote, on remarque une évolution par rapport aux objectifs concrets définis les années précédentes : le nombre de conventions formelles de collaboration augmente, l'établissement d'une vision claire et la déclaration d'objectifs en tant qu'instruments de travail importants deviennent habituels, le nombre de types d'acteurs pertinents participants à la concertation augmente, et le consensus parmi les acteurs concernant les concepts de base de circuit de soins et de réseau, s'accroît.

Pour les évolutions différentes dans les provinces, un volet individuel a été ajouté en 2009 à chaque accord, afin d'offrir la possibilité aux plateformes de concertation de satisfaire d'une manière plus pertinente à leurs besoins régionaux.

Le financement est prolongé en 2010 en vue d'une incorporation de la fonction du coordinateur des soins au sein des plateformes de concertation santé mentale.

### 3.1.2. Double diagnostic

En exécution de la Note politique fédérale Drogues, le projet pilote Traitement intensif de patient présentant un double diagnostic a été lancé dans deux unités double diagnostic. La particularité de ces unités est d'offrir un traitement intensif et intégré avec un encadrement de personnel de 17 ETP pour 10 lits aux personnes présentant la double problématique à savoir un problème de consommation et un trouble psychotique. Ce projet pilote a comme objectif d'examiner la faisabilité des unités de traitement intensif pour patients présentant des problèmes liés à la consommation de substances et qui répondent également aux critères pour un trouble psychotique du DSM-IV.

Deux projets pilote ont été sélectionnés en 2002. Pour pouvoir bénéficier de cette offre, les patients doivent présenter un problème lié à la consommation de substance et un trouble psychotique. L'objectif final du traitement spécialisé consiste, au terme d'une période limitée de traitement intensif (pour la durée de la période, voir au point 4 de cet article 7), à stabiliser pour le moins le patient et, surtout, à réorienter le patient, en concertation avec lui, vers d'autres centres ambulants ou résidentiels pour être en mesure d'assurer la suite des soins.

Ce projet a été évalué par une équipe universitaire, financée par la Politique scientifique fédérale. Le Ministre de la Santé publique a également financé la suite de cette étude.

Les résultats de l'évaluation montrent en général que le projet pilote est efficace, plus particulièrement concernant le fonctionnement psychique, le fonctionnement général, la consommation de substances et la qualité de vie du patient.

L'évaluation a également montré l'utilité de la nouvelle fonction de casemanager qui facilite l'orientation du patient, favorise les collaborations permanentes dans le réseau et qui communique le travail de l'unité. L'orientation du patient et la collaboration dans le réseau restent en effet les principales difficultés qui surviennent avec l'accueil de ce type de patient

Sur base de ces résultats, les éléments du modèle ont été adaptés.

### 3.1.3. Unités de crise et case management

Les projets unités de crise et case manager, tels que formulés dans la note politique fédérale de 2001, ont été rassemblés en un projet afin de pouvoir disposer de moyens de financement supplémentaires et de pouvoir développer une unité par province.

Ce projet pilote a pour but d'intégrer dans les institutions de soins existantes une unité de crise spécifique pour les usagers de drogues afin de répertorier clairement et rapidement les attentes et les besoins des patients en question, de vérifier le diagnostic et d'organiser un accueil à moyen terme efficace. Ce projet s'adresse à tout patient qui montre des symptômes qui sont manifestement en lien avec la consommation d'une substance psychoactive et qui se trouve dans une situation de crise.

L'organisation du projet vise une hospitalisation de courte durée (maximum 5 jours) à partir du service d'urgences. De plus, le patient peut avec son accord être accompagné à long terme par le casemanager qui s'occupera de la coordination de l'assistance offerte par les différents partenaires internes et externes à l'institution. Le casemanager assure la continuité des soins pendant et après l'admission du patient dans l'unité de crise.

En décembre 2002, deux modèles différents d'unités de crise ont été financés. Trois unités (appelées unités intégrées) ont 6 lits à disposition pour l'aide des crises psychiatriques générales et l'aide aux personnes en crise liée avec un problème de substance. Six autres unités (appelées unités spécifiques) offre exclusivement une aide pour les personnes en crise en lien avec une consommation problématique de substance. Une convention a été arrêtée en 2005. Une nouvelle unité a été ouverte en 2008 dans la province du Hainaut. Neuf hôpitaux ont reçu en 2009 (7 unités spécifiques et 2 unités intégrées) un financement dans le cadre de ce projet.

Dans le cadre du programme de recherche pour le soutien de la note politique fédérale drogues de la Politique scientifique fédérale, le projet pilote a été évalué en 2008-2009, y compris les autres formes d'accueil de crise par des équipes scientifiques.

### 3.1.4. Campagnes en matière de benzodiazépines

Le gouvernement fédéral de la santé publique prends depuis 2002 des initiatives pour un usage raisonnable des somnifères et des calmants en exécution de la note politique fédérales drogues de 2001 : « une campagne de prévention sera lancée afin d'indiquer à la population les dangers des benzodiazépines (parmi lesquelles les risques de circulation) ».

Le gouvernement fédéral de la santé publique a dans une première phase a conduit une campagne d'information générale en matière de somnifères et de calmants à destination de toute la population (via la TV, radio, folders). Les années suivant cette campagne d'information générale, la campagne s'est dirigée principalement sur l'interaction personnelle entre le professionnel en matière de santé (dans ce cas les médecins et les pharmaciens) et le patient ceci en donnant de l'information aux catégories professionnelles concernées et en donnant des moyens d'aide pour accompagner les patients ayant des questions spécifiques sur la consommation ou l'arrêt de somnifères ou de calmants.

Les actions suivantes ont été développées :

- folders et affiches ont été diffusées chez tous les médecins et les pharmaciens, laissés dans les salles d'attentes et les officines ou données aux patients.

- un manuel d'aide pour les médecins et les pharmaciens sur les somnifères et les calmants, les alternatives, l'arrêt et les entretiens motivationnels.

- formation interactive en petit groupe par un duo (médecins et psychologue) pour les médecins et les pharmaciens en matière d'accompagnement de patients qui ont des questions spécifiques sur la consommation ou l'arrêt des somnifères et calmants. Le manuel d'aide sert ici de matériel de base pour ces formations. Un deuxième objectif de ces formations est une prescription plus raisonnable des médecins en matière de benzodiazépines. En 2007, une recherche d'évaluation a été menée et a conduit aux actions ultérieures.

En 2009 environ 4.000 médecins généralistes et tous les pharmaciens ont suivi une formation.

En décembre 2009, une nouvelle campagne a été lancée, qui vise spécifiquement le non-consommateur et le consommateur récent. Cette campagne consiste en la diffusion d'un spot tv, des dépliants sur les problèmes d'anxiété, de stress et de sommeil, et la diffusion d'un slogan sur des sacs à pain. Toute l'information sur cette campagne, et sur les campagnes précédentes, est disponible sur le site [www.health.fgov.be/benzo](http://www.health.fgov.be/benzo).

### 3.1.5. Arrêté royal réglementant les traitements de substitution

Depuis la note de politique fédérale Drogues de 2001, les ministres de la Santé publique ont contribué à la réglementation des traitements de substitution dans le but d'accroître la sécurité juridique et de fournir un cadre pour la prescription et l'administration des moyens de substitution.

Deux arrêtés royaux ont été publiés : l'« arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution » et l'« arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution ». Ces deux textes légaux définissent les conditions pour le traitement de substitution dans notre pays.

Dans le cadre de cet AR, un système d'enregistrement est également en développement pour (a) éviter le shopping médical et (b) inventorier les prescriptions et le profil des patients. Un groupe de travail, présidé par l'Agence des Médicaments et des Produits de Santé a été chargé en 2009 de l'évaluation des différentes parties de l'AR et de l'élaboration d'une optimisation. Une version optimisée de l'AR est prévue pour 2010.

### 3.1.6. La Cellule Politique de Santé Drogues

La Cellule Politique de santé en matière de Drogues (CPSD) a été créée en juin 2001, suite à la Conférence interministérielle Santé publique du 30 mai 2001, où les différents ministres ont signé un protocole d'accord. Dans le cadre de ce protocole, ils s'engagent « dans le respect de leurs compétences respectives, [...] à se concerter pour harmoniser leur politique en matière de prévention de l'usage de produits influençant l'état de conscience (appelés ci-dessous « drogues ») et en matière d'aide aux personnes ayant des problèmes de santé dus à l'usage de drogues ».

Les objectifs de la CPSD sont les suivants : l'acquisition d'une compréhension globale de tous les aspects de la problématique des drogues et de la toxicomanie, la prévention continue de l'usage de drogues et la limitation des dommages y afférents, l'optimisation de l'offre en matière d'assistance et de traitement des toxicomanes, l'élaboration de projets politiques concertés pour une politique de santé intégrée en matière de drogues.

La CPSD se réunit mensuellement et a préparé différents documents stratégiques, et notamment le Protocole d'accord relatif à l'enregistrement des demandes de traitement via l'opérationnalisation du Treatment Demand Indicator européen, et la Déclaration commune concernant la politique future en matière d'alcool. Ces deux documents ont été approuvés par la Conférence interministérielle Santé publique.

Par ailleurs, la cellule rend compte de ses activités dans des rapports d'activité annuels et trisannuels. Elle a également formulé plusieurs avis pour les Ministres de la Santé publique, notamment en ce qui concerne le pill testing, les chillers et la cocaïne.

Le secrétariat de la Cellule Politique de santé en matière de Drogues est assuré par le SPF SPSCAE.

### 3.1.7. Cannabis

Depuis 2004, l'Autorité fédérale en matière de Santé publique finance le volet belge de l'étude INCANT. INCANT est l'acronyme de International Cannabis Need of Treatment et inclut l'évaluation et l'implémentation d'une Multi Dimensional Family Therapy (MDFT) dans 5 pays européens (la Belgique, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et la Suisse). Ce traitement est une thérapie familiale spécialisée et multidimensionnelle pour les adolescents qui abusent du cannabis ou en sont dépendants. Les résultats finaux de cette étude sont attendus en 2010.

Le financement a lieu au travers de convention annuelles.

### 3.1.8. Projet pilote traitement médical assisté de diacétylmorphine

En 2007, les Ministres de la Justice et de la Santé publique ont confirmé leur engagement pour le lancement d'un traitement médical assisté par diacétylmorphine à Liège. Ce projet vise l'évaluation de (a) la valeur ajoutée de ce genre de traitement vis-à-vis du traitement à la méthadone et (b) la faisabilité de la mise en œuvre de ce traitement en Belgique. Le projet fait l'objet d'une évaluation scientifique par l'Université de Liège. Les résultats finaux du projet sont prévus pour 2012.

### 3.1.9. Tabac

Le plan fédéral relatif à la lutte contre le tabagisme a été approuvé et mis en œuvre au cours de la législature 2003-2007. Dans le cadre de ce plan, la lutte contre le tabagisme en Belgique a fait l'objet d'une approche globale en vue de réduire effectivement le tabagisme dans notre pays.

Les principales actions entreprises dans ce plan sont les suivantes :

L'arrêté royal du 13 décembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics règlemente, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'utilisation du tabac dans tous les lieux publics. Le principe général est l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics fermés. Seulement quelques cafés disposent encore de la possibilité d'installer un espace fumeurs.

En ce qui concerne l'étiquetage, tous les paquets de cigarettes qui sont vendus en Belgique doivent obligatoirement comporter un avertissement combiné (une photo ou une autre illustration combinée à un texte) et ce, depuis le 10 juin 2007. L'interdiction de vendre des produits du tabac aux jeunes de moins de 16 ans est d'application depuis décembre 2005. Cette interdiction est combinée à une obligation d'installer un système de verrouillage des distributeurs automatiques destinés à la vente de produits du tabac.

L'accompagnement pour arrêter de fumer auprès d'un tabacologue est remboursé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2005 pour les femmes enceintes et leur partenaire.

Un fonds de lutte contre le tabac a été créé par la loi-programme de 22 décembre 2003. Des conditions pour l'octroi des moyens sont définies dans les AR du 23 août 2004 et 31 mai 2005. Depuis, le fonds de lutte contre le tabagisme a été intégré dans le fonds de lutte contre les assuétudes. Celui-ci est réglementé par l'AR du 18 décembre 2008 fixant les modalités de financement par le fonds de lutte contre les assuétudes.

De nouvelles mesures sont également prises dans le cadre de la législature 2007-2011 :

La loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans fermés accessibles au public et à la protection des employeurs contre la fumée du tabac prévoit que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, il est interdit de fumer dans l'ensemble des lieux publics fermés, des lieux de travail et des lieux de restauration. Seuls les débits de boissons ou aucune denrée alimentaire n'est servie et les salles de jeux de type I peuvent encore installer une zone fumeur. Une loi supprimant ces exceptions au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2014 a également été publiée le 29 décembre 2009. Elle laisse en plus la possibilité de les supprimer plus tôt via arrêté royal.

En ce qui concerne l'étiquetage des produits du tabac, les avertissements combinés ont été modifiés afin d'y inclure sur chacun d'eux le numéro de la ligne tabac stop que trop peu de fumeurs connaissent. Dans le cadre du plan cancer, les consultations d'aide à l'arrêt tabagique auprès d'un médecin ou d'un tabacologue reconnu bénéficient d'un remboursement et ce depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

### 3.1.10. Fonds de lutte contre les assuétudes

La loi-programme du 20 juillet 2006 a créé le Fonds de lutte contre les assuétudes. Le moyen du Fonds ont pu être consacrés au financement de projets de lutte contre les assuétudes selon les critères repris dans l'arrêté royal du 28 décembre 2006. Les nouvelles règles d'octroi de subsides sont reprises dans l'arrêté royal du 18 décembre 2008. Sur un montant annuel total de 5 millions d'euros, 2 millions d'euros sont prévus pour des actions spécifiques en matière de lutte contre le tabagisme. Ce fonds est donc une extension du Fonds Tabac à toutes les autres substances psychoactives.

Lors de la Conférence Interministérielle Santé publique du 28 septembre 2009 il a été décidé de rédiger un accord de coopération entre les Ministres de la Santé pour une gestion conjointe de ce Fonds.

### 3.1.11. Cocaïne

Au cours des dernières années, on a enregistré nettement plus de demandes d'aide pour des problèmes liés à la cocaïne, tant au niveau européen qu'en Belgique. En dépit de cette tendance favorable en ce qui concerne l'afflux, on peut ranger de très nombreux consommateurs de cocaïne dans la catégorie des « clients fréquents » et l'abandon de traitement et la rechute de ce groupe de clients apparaît considérablement élevée.

C'est pour cette raison que l'Autorité fédérale en matière de Santé publique finance, depuis 2008, un projet pilote relatif à l'application et à l'analyse d'un programme de traitement spécifique à la cocaïne. L'objectif est de tester dans un contexte limité le programme d'aide développé, d'une part, et d'acquiescer une meilleure compréhension scientifique de l'implémentation et de l'efficacité de la méthode « Community Reinforcement Approach and Vouchers » pour les utilisateurs de cocaïne en Belgique.

Les résultats finaux de ce projet sont attendus en 2010.

### 3.1.12. Alcool

La politique de l'autorité fédérale de Santé publique en matière d'aide couvre aussi bien l'alcool que les substances psychoactives illégales. Ceci implique que les projets-pilotes 'coordination de soins', 'double diagnostic' et 'unités de crise' s'adressent aux deux groupes cibles.

Suite à l'appel de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la Conférence Interministérielle de Santé Publique a, en 2005, donné mandat à la Cellule Politique de Santé Drogues de rédiger un document politique en matière d'alcool. Après consultations auprès du secteur de la prévention et de l'aide, des experts scientifiques, etc, la Conférence Interministérielle de Santé Publique a adopté, en juin 2008, une Déclaration Conjointe sur la politique future en matière d'alcool (3). Cette Déclaration décrit les objectifs de la politique à mener et énumère une série de mesures qui peuvent être prises. En exécution de cette Déclaration, les mesures suivantes ont été réalisées par l'autorité fédérale de Santé publique :

- La loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions générales en matière de santé stipule une plus grande cohérence des législations en vigueur au sujet de la vente d'alcool aux mineurs (article 13 de la Loi du 28 décembre 1983 concernant la patente pour le débit de boissons spiritueuses et article 5 de l'arrêté-loi du 14 novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse). L'intégration de l'ensemble de ces mesures déjà existantes ainsi que l'interdiction de vente de boissons alcoolisées aux personnes de moins de seize ans, dans la loi du 24 janvier 1977 concernant la protection de la santé des consommateurs sur le plan des denrées alimentaires et autres produits permet de ramener le débat sur l'essentiel, notamment sur les problèmes de santé chez les jeunes. Pour ce qui concerne l'application, le contrôle sur toutes ces mesures concernant l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs sera réalisé par le service inspection de la DG-4 du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, qui a acquis une expérience pertinente lors des contrôles sur l'interdiction de la vente de produits du tabac aux mineurs de moins de 16 ans.

- La convention signée en 2005 entre le Ministre fédéral de Santé publique, l'Horeca et les organisations de consommateurs en matière de publicité d'alcool vers les jeunes sera institutionnalisée. Dans ce cadre, un guide pratique sera également développé pour l'application du protocole d'accord.

- La Ministre de la Santé publique a demandé l'avis du Conseil Supérieur de la Santé à propos de la consommation d'alcool par des femmes qui souhaitent être enceintes, sont enceintes ou allaitent un enfant. Cet avis fut rendu le 4 mars 2009. Sur base de cet avis, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, envisage, en 2010, quelques initiatives de sensibilisation et de formation auprès des dispensateurs de soins pertinents, comme les gynécologues, les accoucheuses et les médecins généralistes.

- Dans le cadre du Fonds de Lutte contre les assuétudes, des projets ont été financés concernant l'accueil de parents avec une problématique d'alcool, l'organisation d'une campagne nationale d'information autour de l'alcool, et l'élaboration d'un site Web contenant des informations à propos de la consommation risquée d'alcool et des possibilités de traitement.

### 3.1.13. International

L'Autorité fédérale en matière de Santé publique a conscience de l'importance croissante de la politique qui est menée par des organisations internationales. L'Union européenne constitue pour elle la première référence en ce qui concerne la politique en matière de réduction de la demande.

Plus concrètement, elle harmonise intégralement sa politique avec les objectifs généraux de la Stratégie européenne en matière de drogues 2005-2012 et du Plan d'action Drogues européen 2005-2008 et 2009-2012, et plus particulièrement :

1. contribuer à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé, de bien-être et de cohésion sociale en complétant les efforts déployés par les Etats membres pour prévenir et réduire la consommation de drogue, la toxicomanie et les effets nocifs de la drogue sur la santé et la société;

2. chercher à offrir à la population un niveau élevé de sécurité en luttant contre la production de drogue, le trafic transfrontière de drogue et le détournement de précurseurs, ainsi qu'en intensifiant les actions préventives contre la criminalité liée à la drogue, par une coopération efficace dans le cadre d'une approche commune.

L'Autorité fédérale en matière de Santé publique suit, soutient et surveille ces objectifs au sein du Horizontal Working Group on Drugs. Par ailleurs, elle stimule l'importance de la recherche scientifique et veille conjointement à la part des activités de « demand reduction » dans la stratégie européenne.



En ce qui concerne les Nations unies, il y a le feed-back au United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Depuis janvier 2006, la Belgique est pour deux ans membre de la Commission on Narcotic Drugs. En 2006, l'Autorité fédérale en matière de Santé publique était membre de la délégation belge pour la réunion annuelle de cette commission. En cette qualité, elle a contribué à l'élaboration de résolutions en ce qui concerne le contrôle des substances psychoactives, la stimulation de l'évaluation de la politique et d'initiatives dans le cadre de la réduction de la demande et la limitation des risques.

Dans ce cadre, les aspects stratégiques pertinents de l'OMS font également l'objet d'un suivi attentif et, le cas échéant, d'une implémentation en politique nationale. La convention-cadre relative à la lutte contre le tabagisme de l'OMS est entrée en vigueur le 27 février 2005 à l'échelle planétaire. Elle a ensuite été ratifiée en Belgique et est entrée en vigueur à l'échelon local le 30 novembre 2005. L'Autorité fédérale en matière de Santé publique coordonne le suivi de cette convention dans notre pays.

L'Autorité fédérale en matière de Santé publique assure la représentation permanente auprès du Groupe Pompidou au sein du Conseil de l'Europe. Elle dispose de membres permanents dans les plateformes « recherche » et « traitement » de ce Groupe.

#### 3.1.14. Institut Scientifique de Santé publique

Sur le plan épidémiologique, l'Institut Scientifique de Santé publique effectue, en étroite collaboration avec ses partenaires des Communautés et des Régions, les tâches du Point focal national (PFN) auprès de l'Observatoire Européens des Drogues et des Toxicomanies. Celles-ci se situent principalement autour de cinq thèmes épidémiologiques : la consommation problématique de drogues, les maladies infectieuses liées à la drogue, la consommation de drogue dans la population générale, la mortalité liée à la drogue et la demande de traitement. Des exemples concrets sont, en collaboration avec les centres de traitement spécialisés en assuétudes le développement d'un système pour l'enregistrement de la demande de traitement (Treatment Demand Indicator), une étude sur les maladies infectieuses auprès d'usagers de drogues dans les centres de traitements et les prisons et une étude sur les maladies infectieuses et l'utilisation des centres auprès des consommateurs d'héroïne. De plus, un aperçu annuel de la situation belge est établi, le Rapport national.

Un système d'alerte précoce surveille en permanence les drogues nouvelles et dangereuses en collaboration avec des partenaires en deux Communautés, la Police fédérale et les laboratoires spécialisés. Des propositions de recherches annuelles sont présentées à la Politique scientifique fédérale pour financement.

#### 3.2. Affaires sociales (INAMI)

Des conventions de financement conclues à cet effet par l'Inami avec des institutions spécialisées pour les toxicomanes permettent de rétribuer des programmes de revalidation spécifiques qui vise une revalidation tant médicale que psychosociale des patients.

Au cours de la période 2001-2003, 29 établissements ont été financés dans cette optique. Au cours de la même période, le Comité de l'assurance a conclu en plus une convention avec un centre pour personnes dépendantes, le MASS en Brabant flamand.

L'objectif est que les forfaits de revalidation que les centres de revalidation pour personnes dépendantes peuvent facturer aux mutualités des patients, puissent couvrir, outre les frais de fonctionnement indispensables, également les frais réels de personnel des centres. Dans cette optique, les conventions avec les centres de revalidation pour personnes dépendantes prévoient que la part des frais de personnel dans les forfaits de revalidation soit adaptée à la réalité, à la demande des centres, dès l'instant où les dépenses réelles de personnel d'un centre dépasse de 1 % les frais de personnel compris dans le prix des forfaits de revalidation et ce, en conséquence de l'évolution de l'ancienneté du personnel occupé. En application de cette mesure, les forfaits de revalidation ont été adaptés au cours de la période 2001-2003 dans le cadre de différentes conventions avec des centres pour toxicomanes.

Par ailleurs, le gouvernement a réservé des budgets dans ses objectifs budgétaires pour 2002 et 2003 pour l'extension d'un certain nombre de centres pour toxicomanes avec une convention Inami. Pour 2002, un accroissement budgétaire de 1,027 millions d'euros (41,44 millions de BEF) sur une base annuelle a été réservé dans cette optique. A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2003, un budget annuel supplémentaire de 1 million d'euros a été libéré spécifiquement pour le financement des MASS.

Durant la période 2004-2006, une convention de revalidation a été conclue en plus avec une institution de Namur qui offre des soins ambulatoires à des patients dépendants de drogues illégales. Au total, à la date du 31 décembre 2006, 28 (4) conventions avaient été conclues entre l'Inami et des institutions spécialisées pour les toxicomanes.

Des moyens ont également été inscrits au budget 2006 pour conclure de nouvelles conventions de revalidation pour le traitement de deux groupes cibles spécifiques, à savoir : les mères dépendantes (ou les pères dépendants) avec des enfants et les personnes mineures dépendantes.

Un budget (190.000 €) a été affecté au 1<sup>er</sup> groupe cible des mères dépendantes (ou pères dépendants) avec des enfants; ce budget doit permettre aux mères dépendantes (ou pères dépendants) qui suivent un programme de revalidation résidentiel dans une institution de séjourner avec leurs enfants dans un service isolé de cette institution. Il devient ainsi plus accessible pour les parents dépendants de se faire traiter en mode résidentiel et on évite que les parents soient séparés de leurs enfants à cause du traitement. Depuis le 1/1/2007, l'Inami finance 2 sections parent-enfant par le biais des conventions : l'une à Gavere et l'autre à Châtelet.

En ce qui concerne le second groupe cible des mineurs dépendants, un budget de 900.000 € a été libéré. Ce budget sert à conclure pour la première fois une convention de revalidation avec une institution résidentielle spécialisée dans le traitement des toxicomanes mineurs. Cette convention a été conclue depuis juillet 2007 avec un centre situé à Eeklo.

En outre, différentes petites extensions ou améliorations ont eu lieu, au cours de cette période 2004-2006, en ce qui concerne des conventions existantes avec des institutions spécialisées pour personnes dépendantes. Dans certains cas, il s'agit de l'extension de certaines institutions sous la forme d'une phase de soins de suivi où les patients qui ont suivi précédemment un traitement intensif dans un autre service de l'institution, avec l'assistance de l'institution, posent des actes concrets en vue de leur réintégration sociale effective.

Au total, 2,5 millions d'euros de moyens supplémentaires ont été inscrits au budget 2008 de l'Inami pour la revalidation des personnes dépendantes. Ces moyens n'ont pas encore été complètement dépensés mais ils doivent en principe être affectés pour un centre d'intervention de crise supplémentaire à Mons, un centre supplémentaire pour la revalidation résidentielle de longue durée, la création d'un centre de jour supplémentaire dans le sud-est de la Flandre ainsi que l'extension de 5 autres centres de jour existants dont 3 MASS.

Au 1<sup>er</sup> février 2009, vingt-neuf conventions avaient été conclues au total en ce qui concerne des centres de revalidation pour toxicomanes. A la même date, le total des enveloppes des différentes conventions avec des institutions spécialisées pour personnes dépendantes se montait à 42.265.000 euros. Cela représente une augmentation d'environ 6 millions d'euros par rapport à ce budget le 31 décembre 2006. Outre les extensions des centres existants ou les agréments de nouveaux centres décrits ci-dessus, cette hausse est également due, pour une part importante, aux différentes indexations qui ont eu lieu depuis lors, à l'introduction de la prime d'attractivité (qui est une mesure globale pour les soins de santé) et aussi, entre autres, à la prise en charge (normale) des frais de personnel et de fonctionnement qui ont augmenté pour certaines institutions.

Le budget 2009 ne prévoit pas de moyens supplémentaires pour la revalidation des personnes dépendantes.

Le 1 janvier 2010, il y avait 29 conventions conclues avec les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes. A cette même date, le total des enveloppes des différentes conventions conclues avec les établissements de rééducation pour toxicomanes s'élevait à 46,154 millions d'euros. L'augmentation du budget n'est pas seulement liée à des extensions ou des nouvelles initiatives qui ont été réalisées mais est liée à la conséquence d'une augmentation des frais salariaux et des frais généraux des centres existants.

En 2010, un budget supplémentaire de 1 million d'euro est prévu pour la rééducation fonctionnelle des toxicomanes. Il y a différentes demandes pour créer de nouveaux centres ou des extensions des centres existants (clairement plus que ce qui peut être réalisé avec un budget supplémentaire). Les instances gestionnaires de l'INAMI doivent encore décider quelles sont les demandes qui seront réalisées (prioritairement).

### 3.3. Affaires intérieures

#### 3.3.1. Direction Sécurité Locale Intégrale

Un grand nombre de plans d'actions qui ont été sollicités dans la Note politique fédérale du 19.01.2001 en lien avec la problématique de drogue est de la responsabilité du Ministre des Affaires intérieures.

Dans ce cadre, la Direction Sécurité locale intégrale du SPF des Affaires intérieures est désignée responsable pour la prévention et l'approche des nuisances sociales liées à la drogue.

Depuis 2007, les anciens contrats plans drogues qui ont été conclus dans les villes et les communes sont repris dans les plans stratégiques de sécurité et de prévention 2007-2010. Parmi les 102 villes et communes qui ont conclu à un tel plan, 68 ont développé un ou des projets dans le cadre de l'approche du phénomène des nuisances sociales liées à la drogue.

Ces projets ne peuvent, conformément à l'art. 11 de l'AM du 15.01.2007 concernant l'exécution des plans stratégiques de sécurité et de prévention cadrer au sein d'une politique de prévention primaire et ne peuvent également pas faire partie d'une approche médico-thérapeutique. Les actions de prévention primaire et médico-thérapeutiques (comme par exemple l'échange de seringues, la distribution de méthadone, l'accueil de crise, l'aide ambulatoire pour les usagers de drogues et les consultations médicales) ressortent plutôt des compétences du Ministre de la Santé publique.

C'est la raison pour laquelle les actions que les villes et les communes lancent au sein de leur convention de subside avec les Affaires intérieures se dirigent vers la prévention secondaire (plus précisément vers les personnes qui ont déjà été en contact avec la drogue ou qui luttent avec des problèmes de drogue) et vers la réintégration des toxicomanes.

A partir de l'inventaire de tous les projets de drogues qui sont développés dans le cadre des plans stratégiques de sécurité et de prévention 2007-2010, les catégories principales suivantes peuvent être distinguées :

- Informer, conseiller et sensibiliser les usagers de drogue et les intermédiaires
- Formation et éducation
- Travail de rue
- Médiation interculturelle
- Accueil et réorientation
- Accompagnement psychosocial
- Réintégration sociale, économique et familiale
- Concertation locale et provinciale

A côté de cela, les autorités locales développent des projets dans leur plan stratégique de sécurité et de prévention qui cadrent avec une approche répressive de la problématique de la drogue comme par exemple les avis thérapeutiques.

Enfin, les différentes villes et communes consacrent les moyens qui sont octroyés par les Affaires intérieures aussi à des projets à destination des postcures, comme par exemple la réintégration sociale des jeunes délinquants et des ex-détenus.

Les villes et les régions développent leurs projets à partir d'une approche intégrale et intégrée :

● Préalablement à chaque plan stratégique de sécurité et de prévention 2007-2010, un diagnostic local de la sécurité qui fait partie du développement d'une politique de sécurité locale et intégrale est préparé

● Par la concertation structurelle entre tous les acteurs concernés, les actions de prévention, de répression et d'assistance sont adaptées (par exemple le comité pilote du bourgmestre, du chef de corps et des fonctionnaires de prévention, des conseils de prévention consultatifs locaux, des commissions provinciales pour la prévention de la criminalité et autre)

● Les différentes forces locales (travailleurs de rue, professionnels en matière de drogue, travailleurs de prévention,...) qui sont employées dans les plans stratégiques de sécurité et de prévention sont pour la plupart attachées à des services de santé ou de bien-être existants par lesquels elles s'inscrivent dans la politique de prévention et de santé de la communauté, de la région ou de l'autorité fédérale dans lesquelles elles sont actives. Par conséquent, les actions qui sont financées par les différents niveaux de compétences sont adaptées

● Aussi, à côté des accords de détachements sont conclus aussi un certain nombre d'accords de collaboration entre tous les secteurs concernés (service de prévention, police locale, assistance, parquet et autre).

### 3.3.2. Police fédérale

Depuis 2001, les services et départements dépendant des ministres de la justice et de l'intérieur ont traduit dans les faits les principes contenus dans la note de politique drogues. Les principes d'une politique étayée par la connaissance, de coordination régionale ou internationale de l'action et la priorité, pour l'appareil judiciaire, donnée à la réduction de l'offre ont conduit les développements politiques des dernières années.

Ainsi, en complément des changements législatifs destinés à différencier le traitement pénal de la détention de cannabis des autres infractions à la loi sur les drogues et produits psychotropes, le ministère public a élaboré une politique criminelle spécifique à la détention de cannabis, s'intégrant ainsi parfaitement dans l'action des différents partenaires de la politique globale.

En outre, des initiatives visant à opérationnaliser les synergies voulues entre offre de traitement et traitement pénal, ont été mises en œuvre et évaluées. La justice s'est également révélée être un partenaire responsable lorsqu'ont été abordés les projets de réduction des risques, comme ceux liés par exemple à la consommation d'héroïne.

S'intégrant de la même manière dans les principes arrêtés en 2001, les initiatives développées par la police en matière de prévention de la consommation n'ont plus reçu de soutien national. Les services de police ont par contre renforcé leurs actions contre les nuisances associées à la consommation et à la vente de drogues illégales. S'inscrivant dans une coordination eurégionale de la matière, la police belge a contribué de manière décisive à l'évolution de la coopération avec les Pays-Bas, la France et le Grand Duché de Luxembourg. La participation permanente de policiers belges aux patrouilles menées sur territoire néerlandais dans le cadre du narcotourisme en est la manifestation la plus visible. S'inscrivant ainsi dans le concept de chaîne de sécurité, le ministère public a également précisé les principes de sa politique répressive à l'égard des narcotouristes interceptés sur le territoire belge.

Les efforts visant la réduction de l'offre ont été renforcés, notamment par une meilleure synergie entre les plans développés par les différents départements. Ces efforts ont été cristallisés par l'introduction des concepts de chaîne de sécurité et de note cadre en matière de sécurité. Les services répressifs belges ont également été actifs sur la scène internationale en participant de manière active voire en prenant le leadership d'actions internationales visant la lutte contre la production de drogues ou leur trafic à grande échelle.

Avec le soutien financier du SPF recherche scientifique ou de l'union européenne, les différents services et acteurs dépendant des ministres de l'intérieur et de la justice ont contribué à faire évoluer l'état des connaissances en soutenant ou en initiant des recherches scientifiques. Ces recherches ont porté sur une meilleure définition et mesure de la criminalité associée aux drogues et sur le développement de nouveaux outils de coordination de la réduction de l'offre de drogues illégales.

### 3.4. Justice

La Justice doit développer une approche diversifiée de la problématique des drogues, dans l'esprit des recommandations du groupe de travail parlementaire drogues et de la note de politique fédérale relative aux drogues de 2001, avec une combinaison équilibrée de la prévention, de l'aide et de la répression.

Ces principes ont été transposés en pratique, entre autres dans la définition de la politique criminelle.

#### 3.4.1. Circulaires

- Directive ministérielle du 16 mai 2003 : Directive ministérielle relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites, publié au moniteur belge du 2 juin 2003.

- COL 2/2005 : Directive commune de la ministre de la Justice et du Collège des Procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis.

Conformément aux différentes conventions internationales dans ce domaine, le cannabis est toujours une drogue interdite dans la législation belge sur la drogue. La détention de drogues illégales est et reste punissable.

Il n'y a donc pas de politique de tolérance dans le sens d'une décriminalisation : ne plus considérer un comportement comme un délit ou un comportement punissable.

Par la loi du 3 mai 2003 (M.B. du 2 juin 2003), on a tenté d'instaurer une dépénalisation de fait d'un comportement répréhensible, passible d'une sanction pénale, en empêchant légalement le ministère public de poursuivre les auteurs, certains faits répréhensibles ne faisant plus l'objet d'un procès-verbal.

Par l'arrêt du 20 octobre 2004, la Cour d'Arbitrage a annulé cette disposition.

Actuellement, tous les comportements répréhensibles en matière de drogues (y compris la détention de cannabis destinée à la consommation personnelle) font l'objet d'un enregistrement, au moins via un procès-verbal simplifié. La Justice a donc toujours la possibilité de réagir.

La politique dite de tolérance consiste uniquement en une politique différenciée en matière de poursuites par le Ministère public, comme c'est du reste le cas pour d'autres phénomènes.

La directive commune dispose que la priorité la plus faible doit être accordée aux poursuites en cas de détention par une personne majeure d'une petite quantité de cannabis destinée à la consommation personnelle, excepté lorsque la détention est liée à des circonstances aggravantes ou au trouble de l'ordre public.

La détention d'une quantité de cannabis, fixée à un maximum de 3 grammes ou d'une plante cultivée, par une personne majeure, à défaut d'indice de vente ou de trafic, est censée être pour usage personnel.

Ces infractions donnent lieu à l'établissement d'un procès-verbal simplifié.

- COL 7/2007 : circulaire du Collège des Procureurs généraux relative à la politique de suivi à l'égard des touristes de la drogue'.

Dans cette circulaire sont décrits tous les comportements répréhensibles, sous la dénomination spécifique de narcotourisme', qui justifient une approche commune à l'égard de la politique criminelle et de la politique des poursuites.

### 3.4.2. Vis-à-vis les consommateurs des drogues et les toxicomanes

A l'époque, le groupe de travail parlementaire drogues avait insisté sur l'importance d'une approche alternative des toxicomanes, afin d'éviter que les usagers de drogue n'ayant pas commis de faits graves ne soient mis en prison.

Cette philosophie de l'ultime recours implique que pour les consommateurs de drogue, une sanction judiciaire alternative est préférable et que ceux-ci doivent être orientés autant de possible vers le secteur d'aide.

Les projets pilotes entamés correspondent parfaitement à cette philosophie :

- Projet 'mesures judiciaires alternatives' dans le cadre du dit « Plan Global »

Le Ministre de la Justice décide de la possibilité d'octroyer une intervention financière aux autorités locales avec laquelle du personnel supplémentaire peut être recruté pour l'encadrement des différentes mesures judiciaires alternatives (Plan Global). Ces membres du personnel peuvent soit être mis au travail dans leur propre commune/ville soit être mis à disposition d'une association existante. Depuis 1996, plusieurs projets qui ont aussi développé une offre pour les consommateurs de drogues et les toxicomanes ont été créés de cette manière. Il peut tout aussi bien s'agir d'une formation ou d'un traitement (thérapie) que d'ambulatoire ou de résidentiel.

Les consommateurs de drogues ou les toxicomanes peuvent être orientés vers de tels projets dans le cadre d'une médiation pour une affaire criminelle. En 2007, cette offre ainsi que les points névralgiques et les perspectives ont été répertoriés via une étude de la VUB et de l'UCL (travailler et apprendre pour sanction, une recherche sur l'exécution des travaux d'intérêt général et des mesures d'apprentissage en Belgique, VUBpress, 2007). En 2009, 28,5 équivalents temps plein qui ont une offre pour les consommateurs de drogues et les toxicomanes ont été subsidiés par ce canal de subvention. Cela représente un montant de subside annuel de 1.041 kEUR.

- Projet pilote 'Soins probatoires' à Gent

Considérant qu'il existait une lacune au niveau du parquet concernant le renvoi des usagers de drogues vers le secteur de l'aide, le projet pilote soins probatoires' a été lancé en 2005 dans l'arrondissement judiciaire de Gand, avec l'approbation de la ministre de la Justice.

Les soins probatoires sont une modalité de règlement alternative, dans le cadre desquels les consommateurs de substances sont renvoyés vers un service d'aide, déjà au niveau du parquet (donc à un stade précoce) et l'aide se situe dans le cadre de la probation prétorienne, laquelle n'a pas encore fait l'objet d'une réglementation légale.

Le gestionnaire du projet soins probatoires', qui fonctionne en tant qu'intermédiaire entre la Justice et l'aide, a un rôle important à jouer. Il accompagne le renvoi judiciaire vers un service d'aide, pour ensuite exercer son contrôle sur les accords qui en découlent.

- Projet pilote 'Conseiller stratégique Drogue' à Liège

Il s'agit d'un projet analogue en matière de drogue dans l'arrondissement de Liège.

- Projet pilote 'Chambre pour le traitement de la toxicomanie' à Gand

Ce nouveau projet a été initié en 2008, au sein du Tribunal correctionnel de Gand, par le biais d'un protocole de coopération contresigné par la ministre de la Justice.

Ce projet s'inscrit dans le prolongement d'un projet précédent, mais se situe dans une phase ultérieure, celle de l'audience. Le siège, les parquets, le barreau, le secteur de l'aide et les maisons de justice ont mis en place une collaboration étroite pour permettre, au niveau du tribunal, d'orienter rapidement le prévenu toxicomane vers le secteur de l'aide.

La transition entre la Justice et le secteur de l'aide est réalisée par la fonction de liaison qui assiste aux auditions.

- Projet pilote 'tolérance zéro' à Courtrai

Le 18 mai 2009, le coup d'envoi du projet pilote tolérance zéro' à Courtrai a été donné. Ce projet a été approuvé par le ministre fédéral de la Justice et le ministre communautaire du Bien-être. Ce projet est spécifiquement axé sur les jeunes de 12 à 23 ans qui consomment de trop grandes quantités de drogues, ce qui vient compromettre leur fonctionnement quotidien, et qui ne sont cependant pas motivés à mettre un terme à leur consommation de drogue.

Ce projet, qui a été élaboré en collaboration avec les différents acteurs concernés, prévoit également une fonction de liaison, en vue d'optimiser la collaboration entre la Justice et le secteur de l'aide. Par ailleurs, il concerne une nouvelle offre dans le secteur de l'aide, qui consiste en un programme de neuf mois avec un pôle structurel et de soutien.

Tous ces projets pilotes font l'objet d'une évaluation approfondie en vue d'une éventuelle mise en œuvre à l'échelon national.

A la suite de l'évaluation positive du projet 'soins probatoire' à Gand, le Service de la Politique criminelle a été chargé d'examiner plus avant les conditions essentielles de cette implémentation nationale, notamment en ce qui concerne le positionnement du case-manager justice, les modalités de financement et le cadre légal des soins probatoires.

En outre, la Politique scientifique fédérale réalise une étude dans le cadre du programme de recherche en faveur de la note de politique fédérale relative aux drogues : recherche sur les conditions essentielles et connexes pour la Justice et le secteur de l'aide afin de permettre la mise en œuvre de mesures judiciaires alternatives pour les toxicomanes délinquants dans le cadre de la probation prétorienne.

### 3.4.3. Politique pénitentiaire en matière de drogues

Afin de permettre une approche globale et intégrée des problèmes liés à la drogue dans les prisons, la nouvelle directive du Collège des Procureurs généraux à l'intention des parquets et la circulaire ministérielle à l'intention des directions des établissements pénitentiaires ont été entièrement harmonisées.

Ces textes constituent le cadre global pour les interventions et la politique en matière de drogue.

A cet égard, on a tenté d'arriver à un équilibre entre la prévention et l'information, un contrôle efficace, un soutien et un accompagnement professionnels et une sanction adaptée en cas d'abus, tant à l'égard des détenus que des visiteurs.

Le groupe de pilotage central 'drogues' coordonne la politique de drogues de l'administration pénitentiaire. Les groupes de pilotage locaux, lesquels ne sont pas présents dans toutes les prisons, y collaborent.

Par ailleurs, des sections sans drogues ont été créées dans certains établissements pénitentiaires et une formation sur les drogues est prévue pour le personnel des prisons.



- Services sans drogue

Il existe à présent des services « abstinents » dans les prisons de Ruiselede, Verviers et Bruges.

Depuis 15 ans à Ruiselede, le programme « B-leave » existe pour les consommateurs de drogues qui veulent travailler de façon abstinente à un futur sans drogue. A côté des règles de base qui s'appliquent à Ruiselede (les contrôles d'alcool et de drogues, la vie en groupe, la tolérance zéro en matière d'agression, l'emploi obligatoire et le travail de famille), on travaille les domaines physique, social et psychique à la problématique des assuétudes durant 8 mois pendant au moins 4 heures par jour en groupes restreints.

De plus, via des sessions de prévention de la rechute, les situations à hauts risques sont définies, l'intérêt des décisions et des facteurs de style de vie en apparence insignifiants sont décrits, le cycle personnel de la rechute est analysé et les situations problématiques apprises sont anticipées

Depuis mai 2009, des groupes ouverts ont été également mis en place à Ruiselede - le projet « Maillon » - pour des consommateurs de drogues extérieurs à B-leave offrant durant 4 heures par semaine un programme de prévention de la rechute et d'aptitudes sociales.

Le but de ces groupes consiste à améliorer la compréhension des comportements liés aux dépendances et vise à stimuler la motivation en matière de changements de problèmes de dépendance.

Dans la prison de Verviers, il existe depuis 2007 une aile sans drogue et en 2010 ouvrira une section préthérapeutique complémentaire.

Une nouvelle section sans drogue sera ouverte à Bruges en novembre 2009. L'unité sans drogue vise les condamnés à de longue peine et est uniquement accessible aux hommes. Une section séparée est prévue pour 20 détenus où un régime ouvert est assuré avec séparation des autres détenus de l'institution.

Aussi bien les détenus avec un passé d'assuétudes que des détenus qui n'ont jamais consommé mais qui veulent prendre de la distance par rapport à la consommation de drogues des autres peuvent présenter leur candidature.

- Les points centraux d'orientation et d'accompagnement drogues dans les prisons

Jusqu'au début 2009, 5 prisons flamandes ont été équipées d'un point central d'orientation et d'accompagnement auquel les détenus ont pu s'adresser dans la prison dans le cadre d'informations plus efficaces et d'orientation vers l'assistance en matière de drogue.

En 2009, un dossier d'adjudication a été préparé pour l'élargissement ultérieur de ces points centraux d'orientation et d'accompagnement dans d'autres prisons du pays. La réalisation aura lieu en 2010.

#### **3.4.4. Lutte contre la production, la distribution et le trafic illicite de stupéfiants**

Parmi les missions qui relèvent de la Justice, la priorité absolue est accordée à la lutte contre la production de drogue, le trafic de drogue et la contrebande. Conformément aux recommandations du groupe de travail parlementaire drogues, il convient de mener une politique répressive.

Le Plan national de Sécurité 2008-2011, émanant du ministre de la Justice et du ministre de l'Intérieur, reprend comme principales priorités la lutte contre la production et le trafic de drogues et la criminalité liée à la drogue, en se concentrant sur la production de drogues synthétiques, la culture du cannabis, l'importation et le transit de cocaïne et d'héroïne et le commerce des rues (narco-tourisme inclus).

De plus, ces priorités ont été prises dans le cadre des phénomènes de sécurité, qui doivent être approché par projet, c'est-à-dire au moyen de plans d'actions intégrés annuellement.

Par ailleurs, il a été prévu que le ministre de la Justice demande au Collège des Procureurs généraux d'établir un rapport en vue d'une approche par projets des priorités définies dans le Plan national de Sécurité, ainsi que sur les directives et les actions prévues pour l'avenir.

Dans le rapport du Collège des Procureurs généraux, les points suivants sont définis comme prioritaires et des objectifs stratégiques et points d'action sont prévus à cet égard :

- drogues synthétiques;
- plantation de cannabis;
- problématique spécifique au transit de drogues (par voie aérienne et fluviale);
- drogues dans les prisons;
- narco-tourisme, drugrunners inclus
- megadancings.

Dans l'intervalle, le parquet fédéral a élaboré un plan de lutte contre la criminalité nationale et internationale liée à la toxicomanie 2008 -2011, autour de trois axes

- le démantèlement des laboratoires de drogues synthétiques
- le trafic international de cocaïne et d'héroïne lié directement aux pays producteurs
- le cannabis

#### **3.4.5. Les problèmes de drogue transfrontaliers et la coopération internationale**

Bien entendu, la Belgique s'inscrit dans la ligne politique en matière de drogue définie par les Nations unies et l'Union européenne.

A cet égard, il convient de renvoyer aux plans stratégiques et aux plans d'action suivants : Stratégie drogue de l'UE 2005-2012 et Plan d'action drogue de l'UE 2009-2012.

Le SPF Justice participe activement au groupe horizontal « drogues » et a présidé ce groupe de travail depuis la présidence belge de l'UE en 2001.

Par ailleurs, le SPF Justice prend part au Groupe Pompidou au sein du Conseil de l'Europe.

Plus précisément, il coordonne les groupes de travail relatifs à la justice pénale et les contrôles antidrogues dans les aéroports.

Au niveau des Nations unies, le SPF Justice coordonne la participation belge aux réunions Honlea (Head of national law enforcement agencies). Par ailleurs, le SPF Justice participe également activement aux réunions de la Commission Drogues des Nations unies.

On accorde une attention spécifique à la problématique de la criminalité transfrontalière liée à la drogue avec nos voisins directs.

A cet égard, plusieurs accords de coopération ont été conclus et de nouvelles initiatives ont été prises :

- *Hazeldonk* : il s'agit d'une structure de concertation entre la Belgique, les Pays-Bas, la France et le Luxembourg, qui porte spécifiquement sur la collaboration coordonnée dans la lutte contre le tourisme de la drogue.

Cela s'est concrétisé dans : \* les joint Hit Teams (brigades volantes de stupéfiants de la région de Maastricht et de Breda)

\* les actions de contrôle communes Etoiles

\* l'échange d'information

- *Euregio Scheldemonde* : betreft grensregio ten westen van de Schelde (Brugge-Gent-Dendermonde- Terneuzen)

- *Euregio Scheldemonde* : concerne la région frontalière à l'ouest de la Schelde (Bruges-Gand-Dendermonde-Terneuzen)

- *Euregio Meuse-Rhin* : concerne la région frontalière entre la Belgique, les Pays-Bas, l'Allemagne

Pour la Belgique : province du Limbourg (parquets de Tongres et de Hasselt) - province de Liège (parquet de Liège) et la Communauté germanophone (parquet de Eupen)

Cela s'est concrétisé dans : \* NebeDeAgPol : accords de coopération entre les services de police

\* BES (Bureau de coopération eurégional) : coopération entre ministères publics, coordonnée à Maastricht, sous la direction du magistrat néerlandais Van De Ven, avec la participation du juriste du parquet fédéral belge.

\* EPICC (centre eurégional policier d'information et de coordination) : échange d'informations/commissariat mixte à Heerlen

\* Création de la Taskforce Eurégionale Drogues

Lors de la conférence stratégique, il a été convenu, pour 2009, d'accorder la priorité à la lutte contre la problématique en matière de drogues, et en particulier le cannabis.

- *Fedland* : un accord de coopération entre le parquet fédéral et le parquet national néerlandais dans la lutte contre la criminalité organisée internationale, en mettant l'accent sur le trafic de drogues et principalement sur la lutte contre les drogues synthétiques.

- *Bovenregionale Recherche Zuid-Nederland (service suprarégional des enquêtes)* : accord de coopération entre le parquet fédéral et le parquet de Bois-le-Duc, appuyé par le Collège des Procureurs généraux d'expression néerlandaise, étendu à l'entièreté de la zone frontalière. Dans les 7 priorités définies en matière de criminalité moyenne, dont les drogues, 4 dossiers sur lesquels on peut travailler sont déterminés de commun accord.

Enfin, il convient de mentionner les accords de coopération locaux suivants :

- Groupe de pilotage limbourgeois Drogues (LSD)

Ce groupe de pilotage se compose de trois zones de police et du commissaire d'arrondissement concernés.

La double politique a été élaborée sur la base de la lutte contre les drugsrunners (coordonnée par Dirjus Tongeren) et la lutte contre les touristes de la drogue (coordonnée par Dirco Tongeren).

- *Région Hainaut Occidental*

Collaboration dans l'arrondissement de Tournai entre le parquet, la police locale et la police fédérale et les bourgmestres, concrétisée dans un plan d'action intégré en matière de drogues et de megadancings.

### 3.5. Politique scientifique

#### 3.5.1. Introduction

Une des missions de la Politique scientifique fédérale est la mise en oeuvre de moyens scientifiques et techniques en appui des compétences de l'Autorité fédérale. Le « Programme de recherches d'appui à la politique fédérale relative à la problématique de la drogue » fait partie des outils développés pour accomplir cette mission.

#### 3.5.2. Génèse du programme de recherche

En date du 5 juillet 2001, le Conseil des Ministres a approuvé la proposition de répartition des 500 millions de FB (12.394.676 EUR) réservés par décision du Conseil du 19 janvier 2001 pour la mise en oeuvre de la note fédérale relative à la problématique de la drogue.

Dans ce cadre les anciennement dénommés SSTC, actuellement Politique scientifique fédérale, ont lancé un programme de recherche d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue. Le premier appel a eu lieu en 2001 (l'enveloppe budgétaire de l'appel : 910.000 EUR).

La Politique scientifique fédérale a lancé un huitième appel en février 2009 pour une série de recherches qui seront exécutées dans le cadre de ce programme.

#### 3.5.3. Caractéristique du programme de recherche

Le présent programme vise à contribuer à l'élargissement des connaissances requises pour la prise de décision politique de compétence fédérale.

Les appels sont ouverts aux institutions universitaires, établissements scientifiques publics, centres de recherche et bureaux d'études sans but lucratif à condition pour ce qui concerne ces derniers que la recherche scientifique soit inscrite dans leurs statuts ou reprise dans leurs missions. Il est attendu des chercheurs qu'ils fournissent un travail scientifique de niveau international, même si le projet ne prévoit pas de collaboration internationale.

Les propositions de recherche sont évaluées sur la base de leur valeur scientifique par des experts scientifiques étrangers. Le comité de coordination interdépartemental donne son avis sur la pertinence politique des propositions.

L'implication des personnes collaborant dans les différents domaines de l'Autorité fédérale et des membres de la société civile (au sens large du terme), est une opportunité et un besoin qui se présente dans le cadre du programme Drogues. Chaque recherche a son propre comité d'accompagnement. Le comité d'accompagnement est un forum pour les utilisateurs potentiels des résultats du projet de recherche et d'autres chercheurs. Il sert de caisse de résonance pour les personnes affectées au projet en facilitant l'échange de points de vue entre l'équipe de recherche et d'autres collègues et praticiens.

Les recherches débouchent, entre autres, sur un texte accessible à un large public qui restituera les résultats de la recherche.

### 3.5.4. Aperçu des contrats de recherche (2002-)

Le site web (5) fait état d'équipes de recherche, de la durée, des descriptions et des résumés des recherches.

DR/01 : Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique : développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients

DR/02 : Recherche-Action sur la délivrance de méthadone en officine de pharmacie en Belgique

DR/03 : Drogues et nuisances. Etude du phénomène des nuisances associées aux drogues, de son contrôle et de ses effets à partir de différents angles d'approche

DR/04 : Adaptation française et néerlandaise des critères de l'ASAM dans le choix du mode de la prise en charge des toxicomanes

DR/05 : Etude de faisabilité pour l'évaluation des centres de traitement de patients présentant un double diagnostic

DR/06 : Effets psychiatriques de la consommation de cannabis : une analyse critique des résultats scientifiques et des méthodes de recherche

DR/07 : Les prises en charge par traitement de substitution en Belgique : développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients (Phase II)

DR/08 : Etude sur l'efficacité des programmes de traitement de patients présentant un double diagnostic

DR/09 : Meta-analyse de l'impact des projets locaux relatifs aux nuisances liées aux drogues (METAN)

DR/10 : Délivrance d'héroïne sous contrôle : étude de faisabilité et de suivi (DHCo)

DR/11 : L'usage problématique de drogues

DR/12 : Le Case management dans le traitement d'abus de drogues et au sein du système judiciaire

DR/13 : La mise au point d'une méthode d'évaluation de la politique en matière de drogues en Belgique, dans le secteur de la santé

DR/14 : Méta-analyse concernant les recherches de efficacément et l'utilisation de l'usage médicinal du cannabis

DR/15 : Recherche-Action sur la délivrance de méthadone en Belgique et le rôle des pharmaciens d'officine face aux addictions

DR/16 : Effets des diverses mesures judiciaires sur les consommateurs de drogues

DR/17 : Efficacité et efficacité des médicaments de substitution (SUBST-OP)

DR/18 : Etude longitudinale des effets de l'usage du cannabis sur la santé physique et psychosociale

DR/19 : Conduite sous influence de substances psycho actives (ROPS)

DR/20 : Implémentation des connaissances en matière de drogues auprès de la police et de la magistrature

DR/21 : Etude sur l'efficacité des programmes de traitement de patients présentant un double diagnostic

DR/22 : Moniteur de politique intégrée (locale) en matière de drogues

DR/24 : La politique des drogues en chiffres II

DR/25 : Connaissances et application de lignes de conduite basées sur des données empiriques dans le traitement des assuétudes

DR/26 : Usage de drogue et psychopathologie dans les milieux correctionnels

DR/27 : Profilage chimique des drogues de synthèse (XTsee)

DR/28 : Trajectoires de soins des usagers de drogues issus de minorités d'origine étrangère

DR/29 : nEWS on EWS (N-EWS)

DR/30 : Définition et mesure de la criminalité liée aux drogues

DR/31 : Caractérisation chimique de la décharge de la fabrication clandestine des drogues synthétiques

DR/32 : La cocaïne et ses métabolites dans les eaux belges résiduelles et de surface

DR/33 : Faire et ne pas faire dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée sur les drogues (DODONBEL)

DR/34 : Etude de la part de marché occupée par le cannabis cultivé en Belgique sur le marché belge du cannabis (GEOCAN)

DR/35 : Etude de faisabilité d'une étude de prévalence répétitive parmi la population générale (HARPA)

DR/36 : Etude des conditions nécessaires et accessoires à l'optimalisation de l'interaction justice et aide sociale (JUSTHULP)

DR/37 : Recherche de traces de production de drogues de synthèse dans les eaux usées (GEOAMP)

DR/38 : L'usage de drogues chez les travailleuses du sexe en Belgique (DRUSEB)

DR/39 : Evaluation des centres de crise et de la méthode de case management (ECCAM)

### 3.6. Mobilité

#### 3.6.1. Conduire sous l'influence des drogues

##### 3.6.1.1. Prévention

Déjà depuis les années 90, l'IBSR mène des campagnes contre l'utilisation de stupéfiants dans la circulation routière.

Un aperçu :

- 1996 et 1999 : « Jeune, mais pas fou ! » : cette campagne s'adressait aux jeunes conducteurs et soulignait les risques de l'alcool, de la vitesse, de l'absence du port de la ceinture et de l'utilisation de drogues.

- 2001 : « je roule clean » : cette campagne avait pour but de signaler au consommateur occasionnel qu'il ferait mieux de ne pas conduire un véhicule après avoir consommé.

- 2002 en 2006 : « Rouler drogué, c'est parti pour un mauvais trip » : cette campagne consistait essentiellement à distribuer des brochures et des affichettes aux endroits de sortie

- 2009 : « don't blow and drive » : cette campagne internationale euro-régionale était adressée aux visiteurs néerlandais, belges et français des coffeshops' et mettait en garde contre les risques de la conduite de véhicules sous l'influence de cannabis.

La prochaine grande campagne publique sera menée au moment de la mise en application de l'utilisation du test salivaire.

### 3.6.1.2. Etats-généraux

Le Conseil des Ministres du 18 mai 2001 a décidé d'établir les Etats-généraux de la Sécurité routière. L'objectif prononcé était de réduire le nombre de décédés 30 jours à un maximum de 750 d'ici 2010.

En tant que 2<sup>ème</sup> problème, il était question du phénomène des nombreux accidents dus à l'influence d'alcool ou de drogues.

Les buts quantitatifs suivants y ont été proposés pour les drogues :

- En 2010, le nombre de tués dus aux drogues sera de 48 au maximum
- En 2010, le nombre de blessés graves dus aux drogues sera de 545 au maximum.
- 1 conducteur sur 10 doit être contrôlé annuellement en matière de drogues illégales dans le trafic. Cela correspond à 625.000 contrôles par an.
- Pour 2008 au plus tard, l'ampleur de la conduite sous l'influence de drogues ne pourra dépasser 1 % et l'ampleur de la conduite sous l'influence de l'alcool combiné à la prise de drogues illicites ne pourra dépasser 0,5 %
- Le risque subjectif de se faire prendre devra être tel qu'au moins 90 % de la population belge en possession d'un permis de conduire estime que le risque de se faire prendre en état de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou de drogues illicites est très élevé

La Taskforce établie par le Comité interministériel de la Sécurité routière se charge pour le moment de l'actualisation des buts quantitatifs.

Le but recherché est d'augmenter le nombre actuel de contrôles de drogues et de veiller à ce que les contrôles soient mieux ciblés au niveau des endroits et des heures, ainsi qu'aux thèmes et aux groupes-cibles dont les analyses d'accidents montrent qu'ils contribuent substantiellement au nombre de tués sur les routes.

### 3.6.1.3. Respect des règles - législation :nouvelles initiatives

Déjà avant l'entrée en vigueur de la loi actuelle (1999), les recherches scientifiques démontraient que la conduite sous l'influence de drogues était dangereuse pour la circulation routière et conduisait à un risque accru d'accidents.

Par l'introduction de la loi de 1999, le législateur a enfin rendu possible à la police et la justice d'exécuter des contrôles et d'exercer des poursuites lors de la conduite sous l'influence de drogues.

Le risque objectif d'être pris par la police reste cependant très minime. Une explication en est que la complexité et la longueur de la procédure génère une grande réticence par rapport à l'exécution de la batterie de tests et du test urinaire par les services de police.

A côté du risque objectif, le risque subjectif d'être pris pour conduite sous influence de drogues est également limité. Il ressort d'une enquête d'attitude effectuée par l'IBSR en 2006 que plus de 70 % des personnes interrogées estiment que le risque d'être contrôlé est minimal ou quasi inexistant. De plus, de nombreuses personnes (25 %) sont persuadées que le risque d'être puni est assez réduit si le conducteur est pris sous influence de drogues.

La loi du 16 mars 1999 qui a introduit le caractère punissable de l'utilisation d'autres substances qui influencent la conduite doit être révisée.

En date du 2 juillet 2009, la Chambre a adopté à l'unanimité le projet de loi permettant à la police de détecter l'utilisation de drogues dans la circulation routière en faisant appel au test salivaire. Ce test doit remplacer le test actuel qui prend du temps et est compliqué.

Pour détecter les drogues, la police utilise à l'heure actuelle un large éventail de tests, qui par la suite, sont encore suivis par un test sanguin et urinaire. L'ensemble s'avère très compliqué et nécessite beaucoup de temps.

La procédure adoptée se déroule en 3 phases :

1. parcourir une liste de contrôle
2. faire passer un test salivaire
3. faire passer une analyse d'haleine

Le test salivaire est appliqué dans plusieurs pays. Il a été testé par l'Institut national de la criminologie et de la criminalistique. La fiabilité des résultats se situerait entre 70 et 100 %.

La loi du 31 juillet 2009 permet d'introduire des tests et des analyses salivaires pour la conduite sous l'influence de drogues. La procédure d'adjudication publique pour les tests salivaires est en cours et sera finalisée vers mi-2010.

## 3.6.2. Conduire sous l'influence de l'alcool

### 3.6.2.1. Prévention

En partenariat avec le Groupe Arnoldus de la Fédération des Brasseurs belges, l'IBSR a démarré la campagne Bob pour la première fois en 1995. A partir de cette époque là, la campagne a été répétée au minimum une fois par an. Depuis le tout début, la campagne Bob a enregistré un succès considérable.

Graduellement, la campagne Bob s'est manifestée comme le symbole de la lutte contre la conduite sous l'influence d'alcool. 95 % des Belges connaissent Bob et savent ce qu'il représente (examen de 2002). Quatre propriétaires de permis de conduire sur cinq se sont déjà présentés une fois comme Bob et un sur cinq signale conclure souvent des arrangements-BOB grâce à la campagne.

Bob a conduit à un changement de mentalité : la désapprobation sociale de la conduite sous influence d'alcool s'est considérablement accrue au cours des dernières années. La grande majorité des conducteurs considère que conduire avec plus de 0,5 pro mille d'alcool dans le sang comme une infraction grave, voire très grave.

### 3.6.2.2. Bob en Europe

En 2001, tout en bénéficiant du support de la Commission européenne, le concept Bob est devenu également une notion dans d'autres pays d'Europe. Au total, la campagne Bob ne couvre pas moins de 17 Etats membres européens.

En outre, il y a bien d'autres initiatives bénéficiant du support de l'Autorité, telles Drive up Safety, Responsible Young drivers, etc.



### 3.6.2.3. Etats-généraux

Comme signalé auparavant, le phénomène des nombreux accidents causés par la conduite sous l'influence d'alcool ou de drogues, a été pointé comme problématique.

Pour la conduite sous l'influence d'alcool, les buts quantitatifs suivants ont été avancés :

- En 2010, le nombre de tués dus à l'alcool sera de 48 au maximum.
- En 2010, le nombre de blessés graves dus à l'alcool sera de 545 au maximum.
- les contrôles alcool annuels toucheront au moins 1 conducteur sur 10, ce qui correspond à 625.000 contrôles par an.
- Pour 2008 au plus tard, l'ampleur de la conduite sous l'influence de l'alcool ne pourra dépasser 3 % et l'ampleur de la conduite sous l'influence de l'alcool combiné à la prise de drogues illicites ne pourra dépasser 0,5 %.
- le risque subjectif de se faire prendre devra être tel qu'au moins 90 % de la population belge en possession d'un permis de conduire estiment que le risque de se faire prendre en état de conduite sous l'influence de l'alcool est très élevé

Comme pour les contrôles de drogues dans la circulation, la Taskforce se charge à l'heure actuelle de l'actualisation des objectifs formulés en 2002 par les Etats-généraux.

### 3.6.2.4. Respect des règles -législation : nouvelles initiatives

En date du 17 janvier 2001, la Commission européenne a recommandé de fixer le taux d'alcool maximum derrière le volant à 0,5 pour mille dans tous les pays de l'UE et de baisser ce taux jusqu'à 0,2 pour mille pour les conducteurs inexpérimentés, les conducteurs de motocycles à 2 roues, les conducteurs de poids lourd et les conducteurs transportant des marchandises dangereuses.

Nous proposons de suivre ce courant européen en fixant le taux d'alcool maximum à 0,2 pour mille pour les catégories de conducteurs susmentionnées.

A l'heure actuelle, un groupe de travail se charge de la mise au point de ce règlement.

### 3.6.2.5. L'éthylotest anti-démarrage comme sanction

L'éthylotest anti-démarrage est un appareil électronique d'analyse d'haleine, intégré dans le véhicule et connecté avec le démarreur du moteur.

A chaque fois que le conducteur veut démarrer, il doit produire un échantillon d'haleine. Lorsque la concentration d'alcool mesurée est trop élevée, l'appareil empêche le démarrage du véhicule.

Compte tenu des résultats positifs enregistrés à l'étranger, qui ont été confirmés par une expérience de l'IBSR ayant trait à la récurrence pour la conduite sous l'influence d'alcool, il est souhaitable de reprendre l'éthylotest anti-démarrage dans la législation routière en tant que sanction potentielle, équivalente à la déchéance du droit de conduire.

Selon Beirness (2005), il a été démontré à l'étranger que l'effet de l'éthylotest anti-démarrage visant à empêcher la récurrence était meilleur par rapport au retrait du permis de conduire. En Belgique, nous constatons qu'une partie des contrevenants s'est bien vite adaptée à la conduite sans permis de conduire. Les réponses juridiques traditionnelles ne sont pas à chaque fois adaptées à ce groupe-cible récidiviste.

La loi du 12 juillet 2009 introduit l'éthylotest anti-démarrage comme sanction potentielle au niveau de la loi sur la circulation routière. Les arrêtés d'exécution portant des conditions techniques auxquelles doivent répondre à l'éthylotest anti-démarrage et les conditions d'encadrement seront disponibles au printemps 2010.

Une convention de travail collective (CCT) nationale concernant la politique de gestion de l'alcool et des drogues au sein de l'entreprise a été conclue en date du 1<sup>er</sup> avril 2009. Suite à ce CCT, le secteur du transport peut installer des éthylotests anti-démarrage dans leurs poids lourds et autocars. Le Secrétariat d'Etat à la Mobilité y encouragera le secteur.

### 3.6.3. Conduire sous l'influence des médicaments

En Belgique, les conditions d'aptitude à la conduite pour les conducteurs souffrant d'une maladie corporelle ou mentale sont reprises dans l'AR du 23 mars 1998 d'application depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1998. L'arrêté royal reprend notamment les maladies mentales, l'épilepsie, les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, le diabète et les normes pour fonctions visuelles.

Egalement lors de la prescription de médicaments, le médecin doit vérifier l'incidence du médicament sur l'aptitude à conduire et en informer le patient.

Ainsi, le médecin détermine l'aptitude de conduire du patient et la validité de l'avis.

Le patient qui prend régulièrement, sous quelque forme que ce soit, des substances psychotropes qui peuvent donner lieu à une influence négative sur l'aptitude de conduire ou qui en consomme à tel point que son comportement au volant en est influencé de façon défavorable, n'est pas apte à conduire. La même chose s'applique pour l'utilisation des autres médicaments ou combinaisons de médicaments qui influencent de façon négative l'observation, l'humeur, l'attention, la psychomotricité et la capacité de jugement.

Le médecin est tenu d'informer le patient que le permis de conduire doit être rendu lorsqu'il est constaté que le patient ne répond plus aux normes médicales fixées. A partir de ce moment là, la responsabilité incombe au client.

A l'heure actuelle, il n'y a pas d'initiative législative en matière de conduite sous l'influence de médicaments.

## 3.7. Emploi

### 3.7.1. Politique en matière de tabac

Tant l'évolution sociale générale dans le domaine de l'usage restrictif du tabac, les exigences et les plaintes de plus en plus sévères des travailleurs non-fumeurs à l'égard de la fumée présente sur les lieux de travail, d'une part que le souci de favoriser le bien-être des travailleurs, d'autre part, sont à l'origine du remplacement des anciens principes de courtoisie entre travailleurs fumeurs et non-fumeurs qui prévalaient depuis 1993.

En prolongement du droit à un environnement social exempt de fumée de tabac, il a été jugé opportun de réglementer plus sévèrement le tabagisme ambiant dans les espaces de travail.

Ce fut chose faite par l'arrêté royal du 19 janvier 2005 relatif à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac.

Le tabagisme passif sur les lieux de travail appartient au passé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

L'employeur a en effet l'obligation d'imposer une interdiction de fumer afin de protéger ses travailleurs contre la fumée du tabac.

Cette réglementation instaure le droit à des espaces de travail et à des équipements sociaux exempts de fumée de tabac. L'interdiction de fumer prévue dans cet arrêté ne s'applique pas aux établissements Horeca où le public est encore autorisé à fumer pour l'instant.

Actions d'information et de sensibilisation menées

- Entre 1993 et 2005, la brochure "Fumer au travail", rédigée et éditée par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, a été diffusée à grande échelle.
- Le 21 octobre 2003, un séminaire a été organisé à Bruxelles sur le thème "Politique en matière de tabac dans les entreprises", lors duquel la réglementation existante ainsi que les bonnes pratiques ont été commentées.
- Les Comités provinciaux pour la promotion du travail ont également organisé, via des actions décentralisées dans les provinces, des séminaires sur le thème du tabagisme au travail.
- Pendant cette période, le SPF a aussi collaboré au Livre blanc sur la politique du tabac dans les entreprises de la VUB (Prof. Van Roy) et à des articles sur le tabagisme au travail.

Comme toute réglementation relative au bien-être au travail et le traitement des plaintes à ce sujet, la supervision de l'application de cette réglementation relève de la compétence de l'inspection du travail (contrôle du bien-être au travail),

### 3.7.2. Politique en matière d'alcool et de drogues

La problématique de l'alcool et des drogues sur les lieux de travail est lourde de conséquences et agit sur le fonctionnement sur le lieu de travail, mais également sur les conditions de vie des travailleurs mêmes, de leurs collègues-travailleurs, de l'employeur et enfin et non des moindres, sur celles de l'environnement familial du travailleur. Elle concerne également les travailleurs, les employeurs et l'autorité publique. La tâche de l'autorité publique consiste à stimuler les entreprises et à les soutenir lors de l'élaboration d'une politique préventive en la matière.

C'est ainsi que le Ministre du Travail a transmis le 28 juillet 2006 au Conseil national du travail une note concernant une « politique d'alcool et de drogues au sein de l'entreprise ».

Dans l'accord interprofessionnel du 2 février 2007, les partenaires sociaux ont ensuite projeté de conclure une CCT sur ce thème en vue d'une importante responsabilisation des employeurs et des travailleurs pour éviter la consommation d'alcool et de drogues pendant le travail ou avec un impact sur celui-ci.

Cette démarche a abouti à la convention collective de travail n°100 du 1<sup>er</sup> avril 2009 relative à la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise.

Cette CCT crée un cadre dans lequel les négociations dans les entreprises privées doivent avoir lieu. Il y est stipulé que les entreprises sont censées disposer, au 1<sup>er</sup> avril 2010 au plus tard, d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues.

Cette politique doit viser à prévenir les problèmes de fonctionnement à la suite de la consommation d'alcool et de drogues et à réagir de façon adéquate lorsqu'ils apparaissent quand même. Mettre l'accent sur le dysfonctionnement d'un travailleur permet une approche correcte et objective qui, en outre, est efficace du fait que le travailleur est interpellé sur son comportement au travail même, ce qui s'inscrit totalement dans la relation employeur-travailleur.

On ne se concentre pas sur une consommation problématique de l'alcool et des drogues même. Affirmer qu'une consommation est problématique est en tout cas subjectif, étant donné que cela ne dépend pas uniquement du stimulant, mais cela varie également selon la personne et le milieu dans lequel il est consommé.

La CCT part d'une approche préventive forte de la problématique de l'alcool et des drogues. La prévention primaire doit être privilégiée.

L'objectif principal n'est donc pas de confronter le travailleur à la consommation même d'alcool et de drogues, mais bien aux conséquences que cette consommation peut avoir dans la situation de travail.

Afin de permettre aux entreprises d'inscrire rapidement et aisément les principes et objectifs de leur politique en matière d'alcool et de drogues dans le règlement de travail, l'article 14 de la loi du 8 avril 1965 instituant les règlements de travail a été adapté en ce sens qu'à cette fin, le respect de la procédure normale de concertation pour la modification du règlement de travail n'est pas obligatoire. Si toutefois l'employeur, dans une seconde phase, en exécution de sa note de politique générale, souhaite établir des règles plus concrètes ou prévoir certaines procédures pour la constatation d'une infraction à ces règles, il est bien sûr tenu de respecter la procédure normale de modification du règlement de travail.

Actions d'information et de sensibilisation menées et prévues

*Groupes cibles :*

Employeurs, membres de la ligne hiérarchique, services GRH, travailleurs, conseillers en prévention; membres des organes de concertation (Comité pour la prévention et la protection au travail et Comité d'entreprise).

*Messages diffusés :*

- Une consommation problématique d'alcool et de drogues dans l'entreprise peut avoir des conséquences graves pour la santé, la sécurité ou, de manière plus générale, le bien-être du travailleur concerné, de ses collègues ou de l'employeur. Songeons ici à l'absentéisme, à une baisse de motivation, à la perturbation de l'organisation du travail, à un comportement excessif, à une mauvaise image de l'entreprise...
- La problématique de l'alcool et des drogues doit s'intégrer dans une stratégie de prévention globale puisque ce thème est étroitement lié aux aspects de santé, de sécurité et d'ordre psychosocial (stress).
- Le 1<sup>er</sup> avril 2009, les partenaires sociaux ont conclu au sein du CNT la convention collective de travail n° 100 relative à la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise.
- Cette nouvelle CCT exige des initiatives ciblées à l'intention de la ligne hiérarchique, des managers, GRH, conseillers en prévention, délégués syndicaux,... Des actions sont utiles dans le secteur privé (soumis à la CCT), mais aussi dans le secteur public (soumis à la réglementation concernant le bien-être au travail).

*Activités en 2009 :*

- Leuven 5 juin 2009. "Een preventief alcohol- en drugsbeleid op het werk". Organisateur : Provinciaal comité van Vlaams-Brabant voor de bevordering van de arbeid
- Bruxelles 1<sup>er</sup> octobre 2009 : Séance d'information « Une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise » (auditorium 2000- Heysel - plus de 500 participants) Organisateur : Division promotion de la DG Humanisation du Travail.

- Louvain-la-Neuve, 23 novembre 2009 : "Prévoir et gérer les consommations d'alcool et autres drogues liées au travail". Organisateur : Comité provincial du Brabant wallon pour la promotion du travail.
- Chièvres, 27 novembre 2009 : "Une politique préventive d'alcool et de drogues dans les entreprises". Organisateur : Comité provincial du Hainaut pour la promotion du travail.

### 3.8. Autorité flamande : Ministre de Bien-être, Santé publique et famille

- 2002 : extension du nombre de travailleurs régionaux en prévention de 10 à 20
- Novembre 2006 : conférence de santé (voir ci-dessous)
- 2007 : extension du nombre de travailleurs régionaux en prévention de 20 à 25
- 1<sup>er</sup> avril 2008 : lancement de 9 projets de prévention

### 3.9. Autorité flamande : Gouvernement flamand

Le 6 mars 2009, le Gouvernement flamand a approuvé un plan d'action "Middelengebruik" (ou Tabac, Alcool, Drogues). Ensuite, ce plan a été approuvé le 30 avril 2009 par le Parlement flamand.

#### 3.9.1. Vision politique

La prévention des dommages pour la santé causés par le tabac, l'alcool et les drogues est une matière complexe. Pour élaborer une politique efficace, une vision politique cohérente, structurée et réaliste est indispensable.

Après un bref exposé du problème et une présentation de l'objectif de santé défini par la conférence de santé de novembre 2006, le présent texte analyse les éléments qui démontrent aujourd'hui la nécessité d'une "approche intégrale", c.-à-d. l'instauration simultanée d'une série de mesures interdépendantes dont l'efficacité a été prouvée. Au sein de la communauté internationale et des milieux scientifiques, ce mode d'action fait l'objet d'un large consensus, qui se dégage également des recommandations et conventions internationales.

Cette méthode est ensuite traduite en un modèle d'approche intégrale pour la Flandre, susceptible de s'appliquer à tous les secteurs et à tous les groupes cibles. Un aperçu est également donné de tous les domaines politiques qui ont un rôle à jouer, aux différents niveaux de pouvoir, et des possibilités existantes de concertation et d'harmonisation.

#### 3.9.1.1. Exposé du problème

Le rapport 'Middelengebruik in Vlaanderen' (Usage de substances en Flandre) (Van Hal, 2007) brosse un panorama de l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illégales. Les principales conclusions de ce rapport (6) sont les suivantes :

- L'usage et la consommation à risque de substances sont les plus fréquentes chez les hommes et chez les élèves de l'enseignement secondaire technique et professionnel.
- En ce qui concerne la consommation de cannabis chez les étudiants, une légère diminution est à constater entre 2000 et 2005 au niveau de l'usage occasionnel et régulier. Au sein de la population flamande, le comportement face au tabac ne s'est pas modifié ces dernières années. On note toutefois une légère augmentation de la consommation régulière d'alcool.
- Les données d'enregistrement de l'aide aux usagers de drogues révèlent que ce sont principalement des hommes confrontés à un problème d'alcool ou de drogues qui ont recours à une aide. On constate aussi que les problèmes d'alcool sont principalement traités à un âge mûr, alors que les problèmes liés au cannabis et à d'autres drogues illégales sont traités à un âge plus précoce. Bon nombre des clients qui ont recours à l'aide consomment plus d'une substance.

La consommation et/ou l'usage abusif de tabac, d'alcool et de drogues illégales peut causer des nuisances à l'individu, à son entourage et à la société. Bien que la majorité de la population consomme de l'alcool, seule une minorité (5 à 10 %) est confrontée à des problèmes résultant de cette consommation. Pour le tabac, il est de plus en plus admis que le seul choix sain est l'abstinence. Pour l'usage de drogues illégales, la majorité de la population partage également cet avis, encore qu'il existe des groupes cibles spécifiques qui estiment que l'usage récréatif de (certaines) drogues illégales n'est pas problématique.

Les problèmes causés par le tabac, l'alcool et les drogues illégales sont avant tout des problèmes de santé.

- Outre des problèmes de santé physique, l'alcool entraîne des troubles psychiques/ psychiatriques, des dommages économiques (par suite d'absentéisme au travail, de disfonctionnement, d'opportunités de formation perdues), des problèmes de sécurité (sur la route et au travail), des dommages au niveau de l'entourage (comme victime d'accidents, mais aussi de violence conjugale, de nuisances) etc.
- Les drogues illégales sont à l'origine de problèmes comparables à ceux de l'alcool, avec en outre des problèmes de criminalité et d'illégalité.

Des facteurs génétiques interviennent également pour l'usage d'alcool et de drogues illégales, qui s'ajoutent aux problèmes psychiques/psychiatriques déjà présents (comorbidité). De plus, il est fréquent de constater un usage combiné ou "poly-usage" de drogues (consommation simultanée de tabac, d'alcool et de drogues illégales).

La multiplicité des facteurs pouvant entraîner des problèmes liés à l'usage de tabac, d'alcool et de drogues illégales montre que cette problématique est extrêmement complexe et multifactorielle, et qu'aucun modèle simple de prévention ou de traitement n'est disponible. La complexité de la problématique relative au tabac, à l'alcool et aux drogues illégales requiert une approche intégrale, fondée sur le bien-être et la santé (7). Cette politique intégrale doit reposer sur une stratégie de promotion du bien-être parce que celle-ci influence favorablement les facteurs générateurs de l'usage de substances et combat les inégalités en matière de santé.

#### 3.9.1.2. Objectifs au niveau de la santé

La conférence de santé (novembre 2006) a émis les propositions suivantes en matière d'objectif de santé pour l'usage de substances :

« La réalisation d'un gain de santé au niveau de la population par une réduction de l'usage de tabac, d'alcool et de drogues illégales à l'horizon 2015".

##### *Drogues illégales*

- Pour la tranche d'âge ≤ 17 ans, le pourcentage d'individus n'ayant jamais consommé de cannabis ni d'autre drogue illégale n'excède pas 14 % (pour l'année scolaire 2004 - 2005, il est de 19 %).
- Pour la tranche d'âge ≤ 17 ans, le pourcentage d'individus qui, au cours des 12 mois précédant l'étude, a consommé du cannabis ou une autre drogue illégale n'excède pas 7 % (pour l'année scolaire 2004 - 2005, il est de 9,9 %).
- Au sein des 18-35 ans, le pourcentage d'individus qui, au cours des 12 mois précédant l'étude, a consommé du cannabis ou une autre drogue illégale n'excède pas 8 % (pour 2004, il est de 10,7 %).

Il s'agit d'objectifs qui, en fonction des caractéristiques du produit et du groupe cible, doivent être ciblés plus concrètement. Une réduction de l'usage peut notamment signifier :

- Eviter que les adolescents et les jeunes adultes commencent à fumer, à consommer de l'alcool ou à prendre des drogues illégales.

- Augmenter l'âge de début.
- Encourager un comportement responsable.
- Stimuler l'approche précoce (p. ex. arrêter de fumer, détection précoce).
- Offrir une aide (intervention précoce, traitement, prévention des rechutes).
- Garantir un cadre de vie sain.

Les mesures dans le domaine du cadre de vie, différentes selon le produit, peuvent être les suivantes, par exemple :

- tabac : garantir un environnement non fumeur;
- alcool : maintenir le taux d'alcoolémie maximal au volant;
- drogues illégales : éviter l'imprécision.

### 3.9.1.3. Recommandations internationales

La stratégie antidrogues de l'UE 2005-2012 plaide pour une approche intégrée et équilibrée où réduction de l'offre et diminution de la demande se renforcent mutuellement. La réduction de l'offre comprend toutes les interventions et actions de maintien de l'ordre axées sur la production de drogue, le commerce illégal de drogue, le détournement de précurseurs de drogues synthétiques importés dans l'UE, le financement du terrorisme et le blanchiment d'argent issu de la criminalité liée à la drogue.

La stratégie dite de "réduction de la demande" comprend des mesures en matière de prévention, d'intervention précoce, de traitement, de limitation des dommages, de réhabilitation et de réintégration sociale. Elle s'inscrit étroitement dans le cadre des compétences de la Flandre.

Parmi les sous-objectifs avancés dans le plan d'action drogues de l'UE 2005-2008, citons :

1. Etendre la portée des programmes de réduction de la demande et améliorer la diffusion effective des meilleures pratiques évaluées.
2. Améliorer l'accès aux programmes de prévention dans les écoles et accroître leur efficacité.
3. Encourager et améliorer la prévention sélective et les nouvelles méthodes permettant d'atteindre certains groupes cibles
4. Améliorer les méthodes d'information et de détection précoces
5. Offrir des programmes de traitement et de réhabilitation ciblés et diversifiés
6. Améliorer la qualité des programmes de traitement
7. Poursuivre le développement d'alternatives à l'emprisonnement pour les usagers de drogues et de structures d'aide aux détenus toxicomanes
8. Prévenir les risques pour la santé liés à la toxicomanie
9. Assurer la disponibilité de structures destinées à réduire les effets nocifs et l'accès à celles-ci
10. Prévenir la propagation du VIH/SIDA, de l'hépatite C et d'autres infections et maladies transmissibles par le sang
11. Diminuer le nombre de décès liés à la drogue

### 3.9.1.4. Une approche politique intégrale pour la Flandre

Le consensus sur le parcours à accomplir pour la prévention en matière de tabac, d'alcool et de drogues illégales est très large parce que l'évidence factuelle à ce sujet est unanime et forte. Une approche intégrale entraîne une baisse du nombre d'usagers avec, en conséquence, une diminution des dommages liés à la consommation. En outre, pour le tabac, l'alcool et les drogues illégales, l'efficacité en termes de coûts de l'approche intégrale a été chiffrée et démontrée.

Cette approche intégrale part d'un modèle politique pour la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illégales centré sur des interventions ou stratégies axées sur les personnes et leur environnement. Cette action combinée est le fondement d'une politique efficace. Pour atteindre les objectifs de santé concernant l'usage de ces substances en Flandre, une étroite collaboration entre les différents niveaux de pouvoir est essentielle.

Dans cette approche intégrale, 3 niveaux d'action sont à distinguer.

#### 1. Au niveau de la Flandre

Il s'agit ici d'une action axée sur l'environnement, où l'adaptation du cadre de vie général facilite au maximum le choix de l'option saine.

- Politique : un plan d'action global de la Flandre pour le tabac, l'alcool et les drogues, avec des accents spécifiques selon les produits, regroupe les différentes mesures et stratégies à adopter aux divers niveaux de pouvoir et d'action pour une politique intégrale et efficace.

- Financement : développement et financement d'une offre bien structurée en matière de prévention et d'aide : l'offre et la formation peuvent s'élaborer en partie selon un tronc commun, mais doivent aussi comporter des aspects spécifiques au produit. Il s'agit d'une politique à facettes dans laquelle plusieurs domaines et secteurs politiques s'engagent (incitants, formation).

- Campagnes d'information : information et sensibilisation afin de créer une assise sociale pour des initiatives législatives et stimuler le développement d'un cadre normatif par des campagnes récurrentes (spécifiques par produit).

Tant que le morcellement actuel des compétences en matière de santé reste d'application, une politique flamande efficace doit être renforcée au niveau fédéral :

- Législation :

- Tabac : majoration de prix; interdiction de la publicité, avertissements de santé sur les produits à base de tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics,...

- Alcool : taxation des produits alcoolisés (majoration de prix), régulation de la publicité et de la promotion, imposition de limites d'âge légales (disponibilité), limitation de la conduite sous influence...

- Drogues illégales : législation non ambiguë fondée sur la santé et le bien-être.

- Contrôle : outre la législation, le contrôle d'application doit être correctement mis en œuvre et une surveillance, une évaluation et un ajustement de la politique sont nécessaires (en partie spécifiquement par produit, en partie selon un tronc commun).



## 2. Au niveau local

Il s'agit ici aussi d'une action axée sur l'environnement, où l'adaptation du cadre de vie local facilite au maximum le choix de l'option saine.

- Règles et directives locales

- Développement d'un plan politique local en matière de tabac, d'alcool et de drogues illégales dans les communes : à partir d'un dénominateur commun, mais avec des accents spécifiques

- Mise en application et soutien au niveau local de la législation existante;

- Réglementation existante (p. ex. permis d'exploitation)

- Assise sociale

- Implication d'ONG locales et de la communauté locale afin de créer une assise sociale pour la politique locale (actions de sensibilisation et fourniture d'information à des groupes cibles généraux)

- Campagnes locales de sensibilisation de groupes cibles/milieus spécifiques

- Soutien méthodologique aux administrations locales via les "LOGO" (plates-formes locales de concertation-santé)

- Interventions sur le cadre de vie

- Approche politique au niveau organisationnel dans divers secteurs (école, travail, action sociale en faveur de la jeunesse, secteur du bien-être, secteur de la santé, loisirs, ...). Cadre méthodologique commun, complété par des interventions spécifiques par produit.

- Alignement entre secteurs au niveau local

- Approche axée sur des groupes cibles spécifiques (p. ex. personnes défavorisées, détenus) ou sur l'intégralité des habitants d'un quartier ou d'une ville (approche territoriale). Ces actions comprennent à la fois des mesures éducatives et des changements dans l'environnement physique ou la politique menée.

- Offre locale d'initiatives d'intervention précoce

- Offre d'aide au niveau local et régional

- Offre régionale d'initiatives de minimisation du mal ("harm reduction")

## 3. Au niveau individuel

Le niveau individuel s'entend toujours au niveau de la personne dans son univers social. Le but est de favoriser l'émancipation et l'autonomie des individus par l'offre d'une information correcte, la construction d'attitudes et d'un cadre normatif et l'apprentissage d'aptitudes personnelles et sociales. Ce processus englobe également l'intervention précoce et le traitement à domicile.

- L'éducation en matière de tabac, d'alcool et de drogues illégales : au départ d'une base générale de promotion de la santé, des initiatives de prévention spécifiques sont nécessaires pour le tabac, l'alcool et les drogues illégales, en fonction des caractéristiques et des besoins des groupes cibles (travail sur mesure). Ces initiatives peuvent être axées sur 3 niveaux :

- Approche par groupe (p. ex. dans les classes, clubs, associations)

- Approche par quartier (p. ex. action visant une communauté)

- Approche par contexte (p. ex. enseignement, entreprises, secteur sportif, loisirs,...)

- Ces initiatives doivent être structurées intérieurement et s'inscrire dans le cadre d'une approche politique de l'usage abusif de substances à un niveau organisationnel.

- Intervention : cadre méthodologique commun, complété par des interventions spécifiques par produit.

- Intervention précoce : dépistage en 1ère ligne de groupes à risque potentiels (sélectif ou indicé); stimulation de la motivation; interventions et accompagnement de courte durée;

- Prévention des rechutes : soutien en 1ère ligne, par l'aide à soi-même...

- Traitement : (s'applique uniquement à l'alcool et aux drogues illégales)

- Offre d'aide diversifiée pour le traitement d'usagers (problématiques) (ambulatoire/ résidentielle)

- Offre de soins (par le secteur du bien-être; "care vs cure" (soins au lieu de cure))

- Stratégie de minimisation du mal : prévention d'autres maladies et risques pour la santé par un contact avec les usagers problématiques via la substitution, l'échange de seringues, l'offre de soins (Bed, Bad, Brood - Lit-Douche-Nourriture), l'alerte précoce...

La mise en place d'une approche politique intégrale en Flandre est un défi, notamment parce que la Flandre ne dispose pas actuellement des compétences lui permettant de prendre toutes les mesures nécessaires. Une coopération entre l'autorité flamande et le pouvoir fédéral est dès lors impérative.

### 3.9.1.5. Alignement entres différentes compétences

Pour une réalisation optimale des actions de ce plan, une concertation et un alignement sont nécessaires avec d'autres autorités ou compétences, à savoir celles du niveau fédéral. Les attributions du ministre flamand de la santé en matière de prévention sont évidemment cruciales, mais ne suffisent pas toujours pour tous les sous-aspects. Même pour des actions où elles sont suffisantes, les effets peuvent être considérablement accrus par une conjonction optimale au sein d'une politique à facettes intégrale. A cet effet, il faudra, le cas échéant, conclure des accords et des protocoles de coopération, tant pour l'alignement que pour le cofinancement.

Dans le domaine de la santé publique, deux instruments sont actuellement disponibles pour concrétiser cet alignement, à savoir la conférence interministérielle Santé publique et, spécifiquement pour ces thèmes, la Cellule Politique de santé Drogues. Une attention permanente doit aller à l'optimisation du fonctionnement de ces deux organes. Par ailleurs, il importe que la Cellule Générale de Politique Drogues et la Conférence Interministérielle Drogues réalisent leurs tâches. La délégation flamande à la Cellule Générale de Politique Drogues comprend des représentants de la Santé publique, du Bien-être, de l'Enseignement et de la Jeunesse.

Mais, bien sûr, une concertation ne suffit pas. Il faut avant tout une coopération effective sur le terrain et un cofinancement. La nouvelle proposition d'accord de coopération sur le fonds Tabac, élaborée au sein de la Cellule Politique de santé Drogues peut à cet égard servir de modèle.

Afin d'augmenter encore la puissance d'impact de ce plan d'action global, une coopération est également souhaitable entre la Flandre et les autorités locales communales et provinciales, par exemple pour mettre en place une approche intersectorielle au niveau local. La Flandre dispose de plusieurs formules pour organiser une telle coopération entre administrations.

Le décret relatif à la Politique sociale locale peut ici servir de base. De même, le décret Prévention prévoit la possibilité d'accords entre la Communauté flamande et les autorités provinciales et/ou communales sur la coordination de la politique à facettes.

### 3.9.2. Secteurs et groupes cibles

- Ecole
- Lieu de travail
- Loisir
- Des jeunes avec un profil élevé de risque dans des établissements de l'aide à la Jeunesse et le 'Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap'
- Prisons
- Autorités locales Travailleurs de bien-être et de santé
- Familles
- Groupes cibles pour l'aide

### 3.9.3. Lignes directrices d'action

Lignes structurelles

- Délimitation des missions et responsabilités pour les acteurs flamands
- Utilisation optimale et efficiente de la capacité de réalisation sur le terrain
- Investissement dans l'enregistrement, la surveillance et l'évaluation d'impact

Lignes stratégiques

- Amélioration de l'impact des actions de prévention existantes
- Intégration, si possible, des méthodologies en matière de tabac, d'alcool et de drogues
- Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique et de l'intervention précoce pour problèmes de drogue et d'alcool
- Attention systématique à des groupes cibles spécifiques (personnes défavorisées, minorités ethniques et culturelles) et aux différences de genre.

## 3.10. Communauté Française de Belgique

### 3.10.1. Compétences

La Communauté française est compétente en santé pour les matières personnalisables. Dans le domaine des assuétudes, elle a des compétences larges en termes de promotion de la santé (inclut la prévention).

### 3.10.2. Sources

- Le décret du 14 juillet 1997 (MB 29/08/1997) modifié par le décret du 17 juillet 2003 (MB 21/08/2003) organise le secteur de la Promotion de la Santé.
- Le Décret prévoit que la politique de la Communauté française en matière de promotion de la santé soit énoncée dans un programme quinquennal, le premier couvrant la période 1998-2003, le second la période 2004-2008 (prolongé jusqu'en 2010). Dans ces programmes sont décrites les priorités en termes de public, de stratégies, d'acteurs et de problématiques. Le deuxième programme quinquennal est opérationnalisé par un Programme Communautaire Opérationnel (PCO) pour les années 2008-2009 (prolongé jusqu'en 2011) qui décline des objectifs par priorités. Les assuétudes y sont traitées comme une priorité.

### 3.10.3. Actions

● la prévention des assuétudes s'organise essentiellement par le subventionnement de projets (à ne pas confondre avec un agrément à des services); ces projets sont majoritairement pluriannuels, ce qui permet aux promoteurs de les développer à long-terme. Ils se basent sur les stratégies promotion santé (8) et répondent à des critères d'octroi de subvention :

- degré de priorité (en référence au programme quinquennal et au PCO - critères de couverture des besoins, des problématiques prioritaires, du public et des stratégies);
- présentation d'une analyse de situation de départ, d'objectifs, de stratégies, d'actions planifiées et d'une évaluation du processus et des effets; et cohérence entre ces différents éléments;
- pertinence du choix des objectifs, du processus, de l'évaluation;
- apport d'une plus-value (envisage la continuité des effets).

● la majorité des services ou associations promoteurs de projets bénéficient par ailleurs de subventions d'autres pouvoirs de tutelle pour des activités s'inscrivant le plus souvent dans le champ des soins, de l'éducation ou de l'accompagnement psychosocial, les différents volets de leurs activités s'enrichissant mutuellement;

● d'un point de vue géographique, les projets subventionnés ont une ampleur qui peut varier d'une zone très limitée (les enfants fréquentant les écoles d'une localité par exemple) à l'ensemble de la population de la Communauté française;

● en termes de populations cibles, la majorité des actions visent la population d'âge scolaire via les relais professionnels de l'école ou des lieux d'accueil spécialisés (Aide à la Jeunesse, AWIPH, maisons de jeunes) et de manière plus limitée les parents. Les actions spécifiques de réduction des risques visent une population généralement plus difficile à atteindre par les canaux classiques et utilisent notamment des moyens tels que les opérations boule de neige (contact par les pairs);

- en ce qui concerne la ou les thématiques visées par les projets : la majorité des projets s'inscrit dans la logique de prévention des assuétudes telle que définie en lien avec la promotion de la santé (approche globale) et ne vise pas un ou des produits en particulier;

- depuis septembre 2007, des « points d'appui assuétudes » ont été mis en place dans chaque arrondissement de la Communauté française. Il s'agit d'une mission confiée au Centre locaux de promotion de la santé qui permet de faire du lien entre les écoles et l'ensemble des services offerts autour des assuétudes.

➤ Subventions de projets de recherche et/ou d'actions en promotion de la santé dans le secteur des assuétudes (tabac, alcool, drogues illicites).

- En 2004 : 18 projets subventionnés (dont 3 en cofinancement dans le cadre d'INTERREG)

- . 4 projets d'une durée d'un an, 14 projets pluriannuels.

- . 10 projets à l'échelle locale et 8 à l'échelle communautaire.

- En 2005 : 17 projets subventionnés (dont 2 en cofinancement dans le cadre d'INTERREG)

- . 17 projets pluriannuels.

- . 9 projets à l'échelle locale et 8 à l'échelle communautaire.

- En 2006 : 18 projets subventionnés (dont 2 en cofinancement dans le cadre d'INTERREG)

- . 3 projets d'une durée d'un an, 15 projets pluriannuels.

- . 12 projets à l'échelle locale et 6 projets à l'échelle communautaire.

- En 2007 : 16 projets subventionnés

- . 13 projets pluriannuels.

- . 10 projets à l'échelle locale et 6 à l'échelle communautaire.

- En 2008 : 15 projets subventionnés (dont 1 en cofinancement dans le cadre d'INTERREG)

- . 14 projets pluriannuels.

- . 9 projets à l'échelle locale et 6 à l'échelle communautaire.

- Ces projets incluent :

(a) *Centres d'information et de documentation*

- . Prêt et consultation de documents relatifs aux produits, au cadre légal, outils de prévention, aide à la réalisation de travaux et mémoires...

- . Ces centres sont essentiellement consultés par des étudiants (enseignement secondaire et supérieur), des enseignants, divers intervenants sociaux et des parents.

(b) *Accueil et orientation*

Via permanences et/ou lignes téléphoniques : réponse aux demandes d'aide et d'information relatives à la consommation, aux produits... Orientation le cas échéant vers des centres thérapeutiques.

(c) *Formations d'adultes*

- . Ces formations visent de manière générale les adultes relais auprès des jeunes.

- . Il s'agit principalement de professionnels déjà en fonction (enseignants, éducateurs, psychologues, assistants sociaux ...) mais également de futurs enseignants (formations dans les hautes écoles).

- . Des groupes de parents bénéficient également de modules de formation.

- . Ces modules de formation visent tant le savoir théorique que le savoir-faire et le savoir-être. Ils explorent, au delà des produits, la diversité des sens que prennent les consommations, visent à permettre aux adultes de créer davantage de liens, d'avoir une crédibilité dans leurs interventions par rapport aux jeunes (fiabilité des informations, attitude de respect et absence de jugement).

(d) *Interventions, accompagnements de projets dans les établissements et services*

- . Analyse de la demande, accompagnement y compris formation, supervisions.

- . Accompagnement des adultes (et des jeunes) dans l'analyse et la gestion d'une situation, d'un projet, dans la constitution de groupes de travail et de réflexion au sein des institutions. Implication des parents en favorisant les lieux de réflexion et d'échanges entre parents et acteurs éducatifs sur des thématiques telles que l'éducation, l'autorité, les dépendances en général.

(e) *Diffusion*

- . Articles scientifiques, conférences, publications, revues de presse, sites Internet.

(f) *Concertation et plates-formes au niveau local, communautaire et international*

- Collaboration / concertation / réseaux sectoriels et intersectoriels avec des représentants des divers secteurs psycho - médico - sociaux autour des consommations, de la prévention, mais aussi notamment de la parentalité chez les usagers de drogues.

(a) *Recherche-action en matière de réduction des risques (voir point suivant)*

(b) *Des recherches*

Pascale Jamouille, Une anthropologie des conduites à risque dans les zones marquées par la précarité, (2004).

➤ *Réduction des risques.*

● La réduction des risques est une stratégie de santé publique visant à prévenir les dommages liés à l'utilisation de psychotropes; la réduction des risques concerne tous les usages qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Cette stratégie est utilisée pour les substances illicites et pour les substances « légales » comme l'alcool et le tabac.

● Les groupes cibles sont notamment :

- Les utilisateurs de drogues par injection
- Les consommateurs de cannabis
- Les utilisateurs de drogues en milieux festifs
- Les utilisateurs de drogues en prison
- Les intervenants spécialisés ou non en toxicomanies

● Objectifs généraux : promouvoir la santé des usagers de drogues, promouvoir leur responsabilisation, réduire leurs risques de santé et réduire leur exclusion sociale (ou le risque d'exclusion sociale), offrir des alternatives aux comportements à risque et renforcer les mesures de réduction des dommages causés par l'usage de drogues (en ce compris vis-à-vis de l'environnement familial, proche, de quartier en général).

● Objectifs opérationnels

- accessibilité de l'information
- accessibilité du matériel stérile d'injection
- relais vers les structures d'aide et de soins
- prévention par les pairs, formation
- interventions dans les lieux festifs tant auprès des participants que des tenanciers de lieux de divertissements
- testing en milieux festifs et participation à l'Early Warning System/Système d'alerte précoce

● Ces opérations incluent :

*Diffusion d'informations :*

. Stands d'information et prévention par les pairs en milieu festif : les activités pendant l'événement incluent la diffusion d'information sur les drogues, sur la prévention des risques sexuels, sur les services locaux,... Mais aussi la distribution de préservatifs (+ lubrifiants) et la prévention de la déshydratation. Des informations sur l'utilisation des drogues et les comportements des consommateurs sont rassemblées par des questionnaires. Des "pairs" sont formés (et payé !) et choisis selon le programme musical de l'événement.

*Les brochures :*

. Des brochures de réduction des risques visant de jeunes utilisateurs de drogues ont été développées en association avec plusieurs organismes en Communauté française. En 2003, les brochures disponibles portaient sur : XTC, cannabis, LSD & champignons, speed & amphétamines, cocaïne, héroïne, médicaments psychotropes, alcool.

. La prévention des overdoses : de petites brochures de la taille d'une carte de crédit et contenant 4 folders sur la prévention des overdoses ont été distribuées en Communauté française.

*Gestion de "mauvais voyages" :*

. Ciblant les utilisateurs de drogue subissant une mauvaise expérience, une équipe avec des psychologues, des infirmières et un psychiatre, est présente sur les lieux de certains festivals de musique. L'objectif est d'éviter une "surmédicalisation" et/ou l'hospitalisation des consommateurs par l'aide sur place.

*Projet expérimental de pill testing :*

. Réalisé avec la collaboration de différents laboratoires lors de quelques festivals de la Communauté française. Ce projet est envisagé dans un cadre plus large, avec apport d'informations objectives et concrètes et absence de jugement moral. Cette démarche, loin d'inciter les jeunes à consommer, veut les inclure dans une réflexion sur la consommation et leur offrir toute l'aide nécessaire pour gérer leur consommation en évitant les risques connexes.

Tous les projets financés par la Communauté française ont une composante d'évaluation dans leurs missions.

➤ *La prévention des maladies infectieuses*

● Une plateforme prévention SIDA, subventionnée par la Communauté française, a été mise en place par un groupement d'ONG afin de développer des projets visant la population générale. Modus Vivendi coordonne la prévention visant spécifiquement les usagers de drogues (y compris en prison). Différents services sont offerts :

1. Développement et diffusion d'informations (notamment via des brochures) au sujet des aides disponibles, des maladies transmissibles (SIDA, hépatite B et C...) et d'autres risques (pour les prisons, une brochure sur l'usage des médicaments a été mise au point);

2. flyers calendrier avec les adresses des différents programmes d'échange de seringues;

3. la brochure "shooter propre" cible les usagers de drogues par voie intraveineuse et fournit des informations sur l'injection sans risque de contamination.

Il faut noter que les brochures d'informations sont réalisées avec des usagers de drogues et qu'elles sont adaptées aux milieux auxquels elles s'adressent.

● L'opération "Boule de neige" (HIV, hépatite et autres risques) connexe au projet de prévention par les pairs tente d'atteindre, par une méthodologie de snowball, des groupes cibles pas facilement accessibles. Des (ex)-usagers de drogues, dans des contrats à court terme ("jobistes"), reçoivent des formations sur l'HIV, l'hépatite ou la prévention des surdosages. Après la formation, les "jobistes" retournent sur le terrain afin de contacter des usagers de drogues, transmettre leurs messages et leur matériel de prévention, et recruter les nouveaux candidats jobistes. Les jobistes sont aidés dans leur travail par un questionnaire, lequel est secondairement utilisé pour rassembler des données sur les modèles d'usage, l'usage et les comportements. L'évaluation de chaque intervention est faite avec les "jobistes", elle est à la fois collective et individuelle. Environ 1500 usagers de drogues, principalement injecteurs, sont atteints chaque année en Communauté française.

● Une autre initiative qui peut être classée dans la réduction des risques est l'Early Warning System (EWS). La Communauté participe à ce système d'alerte précoce notamment grâce au testing de pilules.



> *Participation à des programmes européens.*

- Cofinancement de projets européen Interreg (Inter-régions France-Wallonie) orientés vers la prévention des assuétudes dans la région du Hainaut : Plate-forme transfrontalière des conduites à risques et des toxicomanies (Coordination d'un réseau transfrontalier de prévention, d'aide et de recherche-action; Sensibilisation des intervenants de proximité et Intervention en milieux festifs).

> *Soutien d'actions de toute nature en matière d'éducation sanitaire et de promotion de la santé, secteur assuétudes.*

- Edition de livres et de brochures, dont : réédition des brochures réduction des risques, livres sur les recherches financées (voir plus haut).

> *Subvention du sous-point focal EUROTOX.*

- Dans le cadre des obligations vis à vis des missions de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT).

> *Participation à des groupes internationaux.*

- Un membre de la Direction générale de la Santé de la Communauté française siège au Conseil d'administration de l'OEDT, participe au Groupe Horizontal Drogues et au groupe Pomicidou.

> *Collaboration à la Cellule "Politique de santé en matière de drogues".*

### **3.11. Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale**

#### **3.11.1. Compétences**

La Commission communautaire française est compétente en santé pour l'organisation des soins dans et en dehors des hôpitaux. Les politiques de la CCF dans ce cadre tiennent compte d'une définition très large des soins, afin d'assurer un continuum et une efficacité maximale des prises en charge.

#### **3.11.2. Sources**

— Décret de la Commission communautaire française du 27 avril 1995 relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies, tel que modifié par le Décret de la Commission communautaire française du 12 juillet 2001;

— Arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 18 juillet 1996 concernant l'application du Décret du 27 avril 1995 relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies, tel que modifié par l'arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 6 novembre 1997, du 24 juin 1999, du 18 octobre 2001 et du 20 février 2003;

— Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé;

— Arrêté du 4 juillet 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé.

#### **3.11.3. Actions**

Le cadre décréte adopté en 1995, suite à une large concertation avec les acteurs de terrain, est la traduction d'une volonté politique d'offrir un cadre stable et définitif aux travailleurs du secteur d'aide et de soins en matière de toxicomanie. Ce décret donne à ce secteur une légitimité à part entière, en tant qu'acteurs de santé publique, par opposition au champ sécuritaire qui connaissait un important développement alors.

Ce cadre légal de départ a été modifié à deux reprises, en 2001 et à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Ces deux modifications portent sur l'ensemble des services agréés et subventionnés par la CCF dans le champ des affaires sociales, de la santé et des personnes handicapées. L'incidence majeure de ces modifications est la reconnaissance d'un secteur ambulatoire cohérent et obéissant à des règles communes de fonctionnement et de subventionnement tout en respectant les spécificités de chacun. Le décret initial a donc été intégré tel quel quant aux définitions et missions et se décline comme décrit ci-dessous quant au fond.

Afin de laisser la porte ouverte à toute évolution, le décret ne définit pas la toxicomanie en tant que tel mais plutôt le service actif en matière de toxicomanies qui est « une structure qui, par une approche multidisciplinaire et en collaboration avec d'autres institutions et personnes concernées par les problèmes de toxicomanies, mène, de manière permanente et privilégiée, une action spécifique de prévention, d'accompagnement ou de soins vis-à-vis de personnes confrontées, ou susceptibles d'être confrontées, à un problème de toxicomanies ». »

Pour être reconnu comme tel, le service doit, outre les missions d'accueil et d'information, remplir au moins deux missions dont une des missions générales suivantes : accompagnement, soins ou prévention. Le service peut également remplir une ou des missions particulières : la réinsertion, la liaison et la formation.

**Mission d'accompagnement :** Le service assure l'accueil des usagers de drogues, de leur famille ou de leur entourage. Il accompagne la demande des consultants (9) et assure en son sein, par un suivi individualisé, la guidance psychosociale et administrative en concertation avec les personnes et institutions concernées, notamment, le réseau sanitaire, social, scolaire et socioculturel. Il peut ensuite orienter les consultants en fonction de leurs besoins vers des personnes ou institutions plus appropriées.

**Mission de soins :** Le service pose un diagnostic et assure le traitement des consultants rencontrant des problèmes liés à l'usage de drogues. Le traitement de ces problèmes intègre les aspects médicaux, psychiatriques et psychologiques. Il vise à assurer le mieux être des consultants dans leur milieu habituel de vie, ce qui n'implique pas nécessairement leur sevrage par le patient et, dans la mesure du possible, tous les professionnels extérieurs à l'équipe du service, susceptibles de contribuer au traitement.

**Mission de prévention :** Le service organise des activités de prévention ou collabore à l'organisation d'activités ayant pour objet la prévention, notamment la prévention des dommages encourus par les usagers de drogues. Les activités de prévention peuvent notamment consister en :

l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population ainsi que des acteurs des réseaux sanitaires, psychosocial, scolaire et socioculturel en matière de toxicomanies et de prévention des dommages encourus par les usagers de drogues;

des interventions particulières de prévention envers des groupes ciblés, notamment envers des personnes confrontées ou susceptibles d'être confrontées à des problèmes de toxicomanies.

Mission de réinsertion : Le service effectue un travail d'encadrement nécessaire à la réinsertion sociale, familiale, scolaire ou professionnelle de ses consultants. Il travaille en collaboration avec les personnes et institutions concernées, notamment le réseau administratif, psychosocial, scolaire, professionnel et socioculturel.

Mission de liaison : le service mène une action de liaison qui vise un travail en réseau ou de liaison de différents intervenants ou entités qui accueillent des usagers de drogues. Il organise les collaborations de façon à ce que les besoins des consultants soient rencontrés de manière adéquate.

Mission de formation : Le service assure la sensibilisation, la formation, la formation continuée ou la supervision d'intervenants confrontés ou susceptibles d'être confrontés aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues.

Le secteur a fortement évolué au fil du temps, en suivant les besoins identifiés par les acteurs de terrain, consultés au travers de la section ambulatoire du Conseil consultatif de l'Aide aux Personnes et de la Santé et regroupés au sein d'un organisme de coordination agréé, la Fedito. Les missions doivent être évaluées au cours de cette législature.

Ainsi, aujourd'hui, 16 services actifs en matière de toxicomanies sont agréés et subventionnés. Ils occupent 60 ETP pour un budget prévisionnel en 2010 de 4.268 millions euros.

Leur public cible est très varié et fonction des thématiques développées par chaque service; en effet, l'action touche les milieux festif, hospitalier, de la jeunesse, carcéral, du travail, de la rue, ....couvrant ainsi le territoire non pas de manière géographique, mais bien en réponse à des besoins constatés à l'échelle du territoire de la Région de Bruxelles-capitale dans son entièreté.

Les méthodes utilisées et les missions qu'elles permettent d'assurer sont ainsi mises en œuvre pour rencontrer les besoins en évolution des différents publics.

Des complémentarités existent avec des partenaires financés par d'autres niveaux institutionnels tels que l'INAMI ou la Communauté française, dans un souci d'amplifier les effets de l'action de chacun.

Enfin, les services agréés par la CCF contribuent au recueil de données épidémiologiques centralisé par ADDIBRU, qui est institutionnellement bicommunautaire.

Un budget complémentaire en santé permet également de soutenir de nouveaux projets qui aboutissent ou non à une reconnaissance dans le cadre décretaire.

Par ailleurs, la pratique de réseau de seconde ligne développée depuis quelques années, se structure désormais au sein du Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la famille et de la santé et se voit ainsi pérennisée au sein du dispositif global regroupant tous les acteurs sociosanitaires agréés par la CCF. Cette pratique est née de différents constats dont

- l'augmentation des maladies et états chroniques qui se traitent au long cours dans la communauté et imposent d'articuler l'intervention de différents professionnels aux compétences diverses travaillant dans les secteurs hospitaliers et ambulatoires,

- la prise en charge des situations de précarité dont l'aggravation a déqualifié les approches sanitaires et sociales sectorielles et impose de surmonter les frontières des approches professionnelles respectives. La constitution d'un « référentiel commun » permettant de s'accorder sur des modalités d'un travail véritablement collectif apparaît aujourd'hui comme un impératif

- la multiplication des logiques institutionnelles, des structures et des procédures qui paralyse de plus en plus l'action des professionnels de la santé et rend difficile la mise en œuvre d'une logique globale et cohérente. Les cloisonnements entre institutions aboutissent à une segmentation administrative qui devient incompréhensible aussi bien pour la population, notamment en situation de précarité, que pour les professionnels. Chacun est de plus en plus conscient de la nécessité d'une approche transversale des problèmes associant sanitaire et social, ambulatoire et hospitalier, public et privé;

- l'idée d'une politique de santé publique prenant en compte les nombreux déterminants, qui conditionnent la santé de la population, prend de plus en plus de poids. En effet, le système de santé montre une bonne capacité à guérir les maladies graves. Il existe pourtant une différence entre résoudre les problèmes de santé des personnes et guérir des malades.. Tout l'effort a longtemps porté sur les conséquences des maladies et non d'en diminuer leurs causes. Le rôle de la médecine curative individuelle (ou de l'approche thérapeutique) comme déterminant quasi exclusif de la santé est de plus en plus discuté notamment par l'OMS.

Dans ce contexte, le développement des réseaux s'impose comme une évidence pour œuvrer à la liaison des compétences pluridisciplinaires des différents acteurs du champ de la santé et du social. Le travail en réseau doit permettre une meilleure adaptation du système de santé aux besoins des usagers et de la population qui seraient replacés au cœur de son fonctionnement.

Ainsi sur les 14 réseaux à l'œuvre actuellement, 3 sont consacrés à des aspects en lien avec la problématique des assuétudes : l'asbl Réseau Hépatite C - Bruxelles; le Réseau Dépendance pilote

### **3.12. Commission Communautaire Commune de la Région de Bruxelles-Capitale**

La Commission communautaire commune octroie un subside à l'asbl Concertation toxicomanies Bruxelles (CTB) et ce depuis 1992 afin d'exécuter ce qui était initialement appelé le programme en dix points, mais qui a été adapté et réduit entretemps à 4 points.

L'asbl est composée des représentants des intervenants du secteur médical, social et juridique et à notamment comme mission d'être le relais entre les instances décisionnelles et les acteurs du terrain.

Tenant compte de la répartition des compétences et ses implications sur Bruxelles, l'asbl est le facilitateur de la coordination au niveau politique (Fédéral, Communauté française et flamande, Commission Communautaire française et flamande, Commission communautaire commune) et au niveau des acteurs du terrain aussi bien de secteur santé, social, justice, police, prisons.

Les principaux axes de travail de la CTB sont actuellement les suivants :

- le rassemblement des données épidémiologiques : un logiciel ADDIBRU a été développé qui garantit un enregistrement uniforme de données de tous les services spécialisés et d'une partie d'autres centres non-spécialisés quelque soit leur appartenance communautaire ou pouvoir subsidiant. L'analyse de ces données est rassemblée dans un rapport qui couvre la période 1996-2008 et est accessible sur le site [www.ctb-odb.be](http://www.ctb-odb.be).
- la fourniture des données requises dans le cadre de nos obligations vis-à-vis de l'Europe (EMCDDA).
- le cadastre des institutions sur Bruxelles pour faciliter le travail en réseau (voir également sur le site) : les données de 57 services francophones et 17 services néerlandophones sont ainsi rassemblées et mises à jour régulièrement.
- la concertation, la coordination, et le soutien des acteurs du terrain : e.a. des supervisions ont été organisées pour les médecins généralistes et pour les travailleurs sociaux des CPAS. Des groupes thématiques sont mis en place.

Il y a également une collaboration avec la Plate-forme de Concertation en Santé mentale cardans le cadre du le Fédéral accorde son financement Fédéral « coordinateur de soins ». Cette collaboration respecte les spécificités du secteur de la toxicomanie par rapport au secteur de la santé mentale

### 3.13. Communauté Germanophone

#### 3.13.1. Compétences

La Communauté Germanophone est compétente en santé pour les matières personnalisables. Dans le domaine des assuétudes, les compétences incluent la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge.

#### 3.13.2. Sources

- Le décret du 1 juin 2004 sur la Promotion de la Santé
- L'arrêté du Gouvernement du 7mars 2006 fixant les priorités en matière de promotion de la santé pour les années 2006-2007. Les priorités sont reprises en terme d'objectifs, de public cible et d'actions stratégiques.
- L'arrêté du Gouvernement du 23 mars 2006 fixant les modalités du concept global de Promotion de la Santé en Communauté Germanophone

#### 3.13.3. Actions

Concernant les assuétudes, les priorités sont reprises dans l'arrêté du Gouvernement du 7mars 2006 au point B (santé mentale).

Organismes subsidiés actifs en matière d'assuétude en Communauté Germanophone et leurs missions

##### a) En promotion de la santé et prévention

Arbeitsgemeinschaft für Sucht und Lebensbewältigung (ASL)- Association contre les assuétudes et pour la promotion de la qualité de vie

Missions dans le domaine des assuétudes :

1. Information et sensibilisation de tout public (adulte et jeune) au sujet des drogues légales et illégales
2. Groupe d'entraide et de parole pour les proches de consommateurs
3. Groupe d'entraide pour consommateurs
4. Offre de cours d'arrêt tabagique
5. Projet eu régionaux de pédagogie de l'aventure

##### b) En prise en charge

1. Hôpital de jour psychiatrique Eupen : 8 places pour adulte
2. Hôpital de jour psychiatrique St. Vith : 7 places pour adultes 6 places pour enfants et adolescents
3. Service d'hospitalisation psychiatrique à St. Vith : 30 places
4. Centre de santé mentale (Sozial- Psychologisches Zentrum- SPZ)

Missions du centre de santé mentale :

1. Thérapie ambulatoire pour tout type d'assuétude
2. Médiation pour thérapie stationnaire
3. Médiation pour groupes d'entraide
4. Programme de délivrance de méthadone pour héroïnomanes
5. REITOX : collaboration à la banque de données sur les assuétudes REITOX
6. Téléphone 108 : offrant un soutien à toute personne en difficulté 24h/24h
7. Groupe d'entraide pour parents de jeunes toxicomanes

La Communauté Germanophone de part sa spécificité linguistique collabore étroitement avec les Cliniques de l'Allemagne. Ainsi de nombreux patients sont pris en charge dans les cliniques d'Aix- la- Chapelle, de Daun,... Les collaborations avec des institutions belges telles que la Clinique des Frères Alexiens à Henri- Chapelle, le Centre Hospitalier Psychiatrique à Liège sont également très efficaces.

Projets spécifiques d'actions en promotion de la santé dans le secteur des assuétudes (tabac, alcool, drogues illicites).

- De 2004 à 2008 : Projet « 0 Promille unter 16 », projet luttant contre la consommation d'alcool chez les moins de 16 ans
- De 2006 à 2007 : Projet « Vers une école sans tabac »
- Depuis 2005 : Projet eu régional de pédagogie de l'aventure « Klettern statt kiffen »

Collaboration de la Communauté Germanophone à des groupes internationaux :

Groupe eu régional regroupant 9 partenaires en Allemagne, Belgique et aux Pays- Bas

Groupe de Mondorf : coopération et échanges sur le thème des assuétudes avec la Sarre, la Lorraine, la Rhénanie Palatine et le Luxembourg.

### 3.14. Région wallonne

#### 3.14.1. Compétences

La Région wallonne est compétente en matière de santé pour l'organisation des soins dans les hôpitaux et sous forme ambulatoire.

Cinq axes de développement sous-tendent la politique régionale en matière d'assuétudes : les réseaux et les services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, les services de santé mentale développant une initiative spécifique en matière de toxicomanie, le plan de cohésion sociale n°3 avec l'adjonction de moyens complémentaires pour des actions nouvelles en matière d'assuétudes, le Plan wallon sans tabac, le Plan de cohésion sociale des villes et communes.

#### 3.14.2. Sources

— Décret de la Région wallonne du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

— Arrêté du Gouvernement wallon du 3 juin 2004 portant exécution du décret de la Région wallonne du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

— Décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations

#### 3.14.3. Actions

##### 3.14.3.1. Les réseaux et services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Cette compétence s'exerce de manière à intégrer et à articuler l'offre de soins et de services spécialisés au bénéfice des usagers concernés, patients et entourage, au sein de douze zones subdivisant le territoire de langue française en Région wallonne.

Un nouveau dispositif est en passe de voir le jour - le décret du 30 avril 2009. Le but de cette réforme législative est d'accroître la qualité de la prise en charge par le renforcement d'une véritable approche pluridisciplinaire de ces problématiques complexes, tant sur le plan ambulatoire qu'en concertation avec les acteurs des secteurs hospitalier et résidentiel.

Pour mémoire, le décret du 27 novembre 2003 poursuivait les objectifs principaux suivants :

- renforcer la cohérence des actions menées dans une logique de réseau rassemblant l'ensemble des acteurs concernés;

- pérenniser les services spécialisés en assuétudes qui mènent une action intégrée dans le réseau;

- améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts, notamment par une meilleure répartition géographique.

Après cinq ans, seuls deux réseaux sur 12 avaient pu être agréés sur cette base, ce qui a induit la réforme lancée sous la précédente législature.

L'exposé des motifs du décret du 30 avril 2009 retrace les difficultés engendrées par ce dispositif qui ne répondait pas à suffisance aux besoins du secteur : la perception d'une mise sous tutelle de certains services par rapport aux autorités locales, l'impraticabilité et la longueur des procédures d'agrément, la nécessité de coordination avec les plates-formes de coordination en santé mentale, le respect des spécificités des missions entre réseaux (organisation de l'offre, appui méthodologique) et services (dimension clinique), notamment en ce qui concerne l'intervision des travailleurs, la reconnaissance de la territorialité mais aussi des actions exercées transversalement et d'une « transterritorialité », la nécessité d'indexation des subventions et d'une augmentation des moyens, la différenciation des modalités de financement des réseaux et des services, l'objectif de détermination de critères communs pour les activités menées.

La recherche de l'efficacité et de l'efficience, dans le contexte actuel de simplification administrative, est un des autres enjeux poursuivis : ce nouveau décret impose à chaque acteur demandant l'agrément de déposer un plan d'actions. Ce plan intègre les objectifs, les modalités de réalisation des objectifs et l'auto-évaluation. Il constitue l'outil de gestion du réseau ou du service qui le met à jour au fil du temps et de son action et permet l'octroi d'un agrément à durée indéterminée.

Les assuétudes sont comprises comme *la dépendance et l'accoutumance engendrées par l'usage abusif de produits psychotropes licites ou illicites, d'alcool ou de tabac ou de jeux.*

Le réseau s'entend comme l'ensemble des institutions spécialisées en matière d'assuétudes en particulier et d'aide et de soins en général qui interviennent, de façon simultanée ou successive en faveur des personnes souffrant d'assuétudes ou de leur entourage, sous forme de concertation institutionnelle afin que les professionnels puissent collaborer.

Les missions du réseau concernent le recensement de l'offre sur son territoire, la concertation institutionnelle en ce qui concerne la répartition des tâches entre les membres du réseau, y compris dans la prise en charge des situations de crise et d'urgence, l'appui méthodologique aux acteurs actifs au sein du réseau, la collaboration avec la plate-forme de concertation en santé mentale et l'organisation de l'intervision à la demande des membres du réseau.

L'offre de soins et de services spécialisés s'exerce par des services qui, en sus de l'accueil et de l'information, remplissent les fonctions suivantes : l'accompagnement psychosocial, la prise en charge psychothérapeutique et médicale, les soins dont au moins les soins de substitution, les cures de sevrage, la prise en charge résidentielle ou hospitalière, la réduction des risques.

Ces missions s'exercent dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire qui vise à évaluer les besoins du bénéficiaire de l'intervention, leur évolution, les ressources disponibles au sein du service, dans le réseau et en dehors de celui-ci pour apporter la réponse la plus adéquate. Cette intervention fait l'objet d'un accord de la part du bénéficiaire, de préférence sous forme écrite et révocable à tout moment.

Le service peut assurer sous la forme d'une mission accessoire et à la demande, la supervision et l'intervision du personnel d'institutions appartenant au réseau.

Il exerce ses missions sous forme ambulatoire.

Ce décret devrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Dans l'intervalle, sept réseaux ont été agréés; deux autres sont en cours de traitement. Actuellement, seize services sont agréés. L'agrément induit le subventionnement.

Le budget prévu pour l'exercice 2010 s'élève à 1.441.000 €.



### 3.14.3.2. Les services de santé mentale développant une initiative spécifique en matière de toxicomanie

Un service de santé mentale agréé est habilité à recevoir toute demande de prise en charge psychothérapeutique, quelle qu'en soit la nature, toutefois sept d'entre eux ont développé une initiative spécifique visant le public concerné par la toxicomanie (deux à Liège, Herstal, Charleroi, Waremme, Verviers et Tournai). Son mode de fonctionnement pluridisciplinaire (psychologique, sociale et psychiatrique) est particulièrement adéquat.

Pour ce faire, ils reçoivent un financement complémentaire adapté.

### 3.14.3.3. Le Plan de Cohésion sociale n°3 - Programme relatif aux assuétudes

Outre le régime réglementé, le Plan de Cohésion sociale n°3 a renforcé le secteur des assuétudes par deux appels à projets menés en 2008 (1.200.000 €) et en 2009 (1.250.000 €); un troisième appel est prévu en 2010 accompagné d'un montant de 1.250.000 €.

Le plan 2008 était axé sur les préoccupations suivantes :

- améliorer la prise en charge des toxicomanes et l'accompagnement de leurs parents par les services spécialisés et les services résidentiels;
- répondre aux nouveaux besoins identifiés;
- renforcer globalement le secteur.

Les moyens financiers ont été répartis selon deux axes : le premier a été consacré à l'importance du développement des connaissances dans le cadre des assuétudes et le second au développement de nouvelles initiatives au sein du secteur.

C'est ainsi que des projets ont été accordés dans les domaines suivants : la réduction des risques lors d'événements festifs (drogues illicites et alcool), la labellisation des lieux festifs, l'amélioration de la prise en charge des problèmes d'assuétudes en ambulatoire ou l'amélioration des conditions de retour du patient ayant bénéficié d'un séjour en institution pour un problème relatif aux assuétudes, l'accompagnement thérapeutique ou non des parents en souffrance. D'autres initiatives innovantes plus particulières ont également pu être introduites.

Le plan 2009 s'est, quant à lui, fondé sur les axes suivants : les projets relatifs aux modes de conduite à risque chez les jeunes, la prise en charge et l'accompagnement des personnes présentant des problèmes d'addiction ou de consommation excessive d'alcool, la problématique de la réduction des risques en cas de dépendance à des drogues injectables, le renforcement et le développement des projets retenus en 2008 et d'autres projets innovants ne correspondant pas à l'ensemble de ces critères.

L'évaluation relative aux projets 2008 est en cours de finalisation.

Les projets 2009 sont en cours d'exécution. Une évaluation s'ensuivra également.

Les méthodologies et les missions qu'ils permettent d'assurer sont ainsi mises en œuvre pour rencontrer des attentes provenant de différents publics et en constante évolution.

Des complémentarités existent et sont recherchées avec des partenaires financés par d'autres niveaux institutionnels tels que l'INAMI ou la Communauté française, dans un souci d'amplifier les effets de l'action de chacun.

Enfin, les services agréés tout comme les services de santé mentale qui développent une initiative spécifique en matière de toxicomanie contribuent au recueil de données épidémiologiques centralisé par EUROTOX, le TDI, l'objectif 2010 étant d'offrir à nos partenaires la possibilité d'introduire les données sur un formulaire dématérialisé en garantissant la sécurité et le maintien de l'appropriation des données.

### 3.14.3.4. Le Plan wallon sans Tabac

La Région wallonne soutient également l'action des professionnels confrontés au tabac dans le cadre du « Plan wallon sans Tabac ».

Le Plan wallon « sans tabac » s'est appuyé au départ sur des outils et structures existants. Il a été conçu en collaboration avec différents opérateurs de terrain actifs en cette matière, de sorte qu'il représente une proposition réaliste et applicable.

Les objectifs du Plan consistent à sensibiliser, mobiliser, outiller et soutenir les professionnels de santé pour qu'ils puissent apporter une aide adaptée et répondre aux besoins de la population de manière à éviter les comportements de consommation problématiques et les dépendances.

A ce titre, divers niveaux d'intervention ont été organisés :

1. structuration en réseau des différents intervenants et maillage de réseaux;
2. formation de base des professionnels de la santé de première ligne, méthodologie d'approche dans un contexte global;
3. formation spécialisée en tabacologie des professionnels de santé;
4. sensibilisation de l'utilisateur (risques associés aux co-consommations inclus);
5. stratégies d'aide au sevrage tabagique et consolidation;
6. développement de projets pilotes destinés à des publics particuliers sur base de plates-formes d'échanges (intégration progressive au décret « Assuétudes - Zones de soins »);
7. évaluation et ajustement.

Le premier plan (2004 - 2005) portait sur les aspects suivants : l'implication des professionnels de la santé et plus particulièrement des médecins généralistes dans le processus, la formation des réseaux locaux, l'impulsion de recherche, d'évaluation et de formation en Région wallonne (territoire de langue française).

Ce 1<sup>er</sup> Plan wallon a permis une mobilisation accrue des professionnels de santé autour de la question du tabagisme au bénéfice de l'ensemble de la population. Des projets pilotes ont été menés en vue d'expérimenter de nouvelles approches vis-à-vis de publics particuliers comme les adolescents (à l'école), les femmes enceintes, les populations précarisées, les travailleurs sur leur lieu de travail, les hôpitaux, etc. De plus, la mobilisation des professionnels de santé a suscité la mise en œuvre d'échanges de pratiques et l'offre de formations de base et continues a permis d'augmenter l'accessibilité et la proximité de l'accompagnement pour une gestion du tabagisme en allant à la rencontre des besoins de terrain. Les acquis que les partenaires ont pu engranger tant au plan de la concertation que lors du travail de terrain ont permis de dégager une expertise cadrant avec les compétences de la Région wallonne.

Le deuxième Plan wallon (2006 - 2007) a inscrit la dynamique de réseau développée dans le premier Plan, consolidant les actions initiées, les amplifiant et les complétant. Des besoins en terme d'outils ont émergé. Cinq axes d'intervention ont soutenu l'action : les acteurs du Plan constituent la plate-forme wallonne de concertation et de développement des stratégies, ils consolident la mobilisation suscitée notamment auprès des médecins généralistes, ils impliquent d'autres professionnels de la santé dans le processus engagé, ils développent des supports de communication, conduisant à un réel maillage du réseau wallon au niveau du soutien aux professionnels.

Au terme de ce deuxième Plan, la Région wallonne dispose de plusieurs modes d'interventions construits en complémentarité incitant à la poursuite des actions et du partenariat.

Le troisième Plan (2008 - 2009) a poursuivi et prolongé les objectifs du deuxième.

A l'issue de ce 3ème Plan wallon « sans tabac », nous pouvons relever que de nombreuses démarches ont été réalisées et qu'un grand nombre de projets mobilise les professionnels de la santé wallons tant sur le plan des outils de formation qu'en terme de mobilisation sur le terrain. La collaboration entre les différents intervenants du Comité de pilotage se renforce et contribue à enrichir considérablement les actions menées sur le terrain en termes d'accompagnement à l'arrêt du tabac. L'élargissement aux pharmaciens, gynécologues et pédiatres se voit renforcer par une mobilisation accrue des infirmières tant au plan de la formation que de la mobilisation au sein des structures hospitalières (maternités, services divers des Hôpitaux sans Tabac). L'ouverture aux acteurs « assuétudés » est néanmoins encore relativement « timide » et nécessite des rencontres porteuses d'échanges de compétences et de regards croisés notamment au travers d'autres instances que les zones de soins en assuétudes et leurs réseaux, tels la Fédito wallonne ou le réseau « Alto ».

Le quatrième Plan (2010-2011) doit encore faire l'objet de décisions. Selon la demande des acteurs, il viserait non seulement à ancrer les dynamiques initiées au cours des plans wallons précédents mais également à les étendre en stimulant l'implication de relais assuétudés au sein du Comité de pilotage et dans le cadre d'actions « pilotes ». Complémentairement, l'accent sera mis sur des dynamiques à développer auprès des jeunes fumeurs notamment au travers d'ateliers « motivationnels » visant à stimuler un changement de comportement en termes de gestion de leurs consommations au sens large.

Le budget annuel consacré, en 2009, à ce Plan s'élève à près de 125.000 €.

Les principaux acteurs coordonnés au sein du comité de pilotage par le FARES, sont la Fédération des Maisons médicales, la Société scientifique de Médecine générale, les facultés de Médecine et le Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme.

#### 3.14.3.5. Les Plans de cohésion sociale

L'ensemble des dispositifs a notamment fait l'objet d'un examen par un collège d'experts désignés par le Gouvernement wallon en 2005 qui a émis des recommandations en matière de prise en charge globale de la problématique, notamment sur les actions portant sur les déterminants sociaux (emplois, logements, formations, etc).

Ainsi, le décret du 6 novembre 2008 (10) relatif au plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, pour ce qui concerne les matières dont l'exercice a été transféré de la Communauté française définit la cohésion sociale comme l'ensemble des processus qui contribuent à assurer à tous les individus ou groupes d'individus l'égalité des chances et des conditions, l'accès effectif aux droits fondamentaux et au bien-être économique, social et culturel, et ce quels que soient son origine nationale ou ethnique, son appartenance culturelle, religieuse ou philosophique, son statut social, son niveau socio-économique, son âge, son orientation sexuelle, sa santé ou son handicap.

Afin de favoriser concrètement la cohésion sociale, la Région wallonne soutient la mise en œuvre, au niveau communal, d'un plan de cohésion sociale. Les deux objectifs du plan de cohésion sociale sont le développement social des quartiers et la lutte contre toutes les formes de précarité, de pauvreté et d'insécurité.

Pour atteindre ces deux objectifs, le plan se décline en actions coordonnées qui visent à améliorer la situation de la population par rapport à l'accès à la santé et au traitement des assuétudes, outre l'insertion socioprofessionnelle et le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels. Dès lors, certaines communes ont introduit des projets y relatifs en 2009, conformément à l'entrée en vigueur du dispositif.

#### 3.14.3.6. Divers

Par ailleurs, la Région wallonne :

- participe à la Commission de politique générale en matière de drogues et à la cellule politique de santé en matière de drogues. Elle contribue au co-financement;

- dans le cadre des programmes européens Interreg II, III et actuellement IV, elle soutient singulièrement le projet « plate-forme transfrontalière des usagers de drogues et des autres conduites à risque », collaborant ainsi avec la France;

- des subventions dites « facultatives » n'entrant pas dans les programmes mentionnés ci-avant complètent l'offre de soins, préfigurant leur introduction éventuelle dans le régime réglementé des réseaux et services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ou portant sur des aspects plus ponctuels.

## 4. Principes et opérationnalisation

### 4.1. Une politique globale et intégrée en matière de drogues

La Cellule Générale de Politique Drogues et la Conférence Interministérielle Drogues sont compétentes pour la politique en matière de tabac, alcool, drogues illicites et médiations psychoactives. Ces substances seront nommées 'drogues'.

La Cellule et la Conférence considèrent la consommation des drogues prioritairement comme un problème de santé publique. Or, une bonne compréhension de cet usage doit être vue dans un contexte global, incluant des domaines essentiels comme l'enseignement, le bien-être, l'intégration sociale, la sécurité et la justice, et d'autres domaines comme l'économie. L'inclusion de tous les domaines pertinents dans une politique, dans laquelle toutes les actions sont également mises en concordance, est nommée politique globale et intégrée'. Ce concept constitue la base de la politique belge en matière de drogues.

Une politique globale et intégrée a besoin de prévention, de détection et intervention précoces, d'offre d'aide y compris la réduction des risques, et de répression. La répression vis-à-vis des consommateurs est l'ultimum remedium.

Cette politique se base le plus que possible sur des données objectives et scientifiques, qui sont suffisamment enracinées et soumises dans la pratique.

La politique belge s'inscrit également dans les conventions et plans politiques internationaux.

La Cellule Générale de Politique Drogues et ses cellules de travail Cellule Politique de Santé Drogues', Contrôle' et Cellule coopération internationale' et la Conférence Interministérielle Drogues sont les forums de coordination et de négociation pour l'opérationnalisation de la politique globale et intégrée en matière de drogues et de cette Déclaration.

## 4.2. Prévention

### 4.2.1. Prévention en matière de santé

Le point de départ de la prévention au niveau santé est que la consommation des substances psychoactives est d'abord un problème de santé publique. Le défi pour le politique consiste par conséquent à prévenir et, si possible, à réduire les dommages pour la santé. Pour y arriver, une politique globale et intégrée doit être menée.

Il est important à cet égard de lancer un message clair précisant que le tabac, l'alcool, les drogues illicites et les médicaments psychoactifs peuvent être dommageables pour la santé (en ce compris les drogues dites "douces").

L'objectif est de mener une politique de dissuasion vis-à-vis des non-consommateurs et des consommateurs.

Des moyens, des conditions de base, des stratégies, des secteurs et des groupes cibles sont nécessaires pour la réalisation de l'objectif.

Les **moyens** sont :

- Eviter que des jeunes et des jeunes adultes ne commencent à fumer, à boire ou à consommer des drogues illicites;
- Retarder l'âge auquel débute la consommation visée;
- Encourager les comportements responsables au travers de l'éducation au choix notamment par la mise en place d'une politique de réduction des risques;
- Stimuler une réaction précoce au problème;
- Offrir une assistance psychosociale et médicale (dans la réduction des risques, l'intervention précoce, l'orientation vers les soins et la prévention des rechutes);
- Tendre vers un milieu de vie sain (un environnement sans tabac, des taux maximums d'alcoolémie dans la circulation, donner des messages clairs et adaptés au public visé, tant sur le plan des drogues licites qu'illicites).

Les **conditions** de base sont :

- Délimiter les missions et responsabilités en articulant les acteurs de prévention et des soins;
- Utiliser de manière optimale et efficace la capacité de mise en œuvre sur le terrain;
- Investir dans l'enregistrement validé, la surveillance et l'évaluation des processus et des effets.

Les **stratégies** sont :

- Améliorer l'impact des actions préventives existantes en favorisant les pratiques de réseau et la concertation au niveau local, régional, communautaire et international
- Former des adultes (professionnels ou non) côtoyant les jeunes dans différents milieux de vie;
- Appliquer dans la mesure du possible des méthodes globales de prévention, applicables à l'ensemble des substances psycho actives;
- Développer des programmes de sevrage au tabac;
- Stimuler les interventions précoces;
- Accorder une attention systématique aux groupes cibles spécifiques (personnes précarisées, minorités ethniques et culturelles, détenus) et aux différences entre les sexes.
- Mener des interventions de réduction des risques visant à limiter la transmission des maladies (VIH, Hépatite C), à responsabiliser les consommateurs de produits quant à leur santé, et à se tenir informés des pratiques en vue d'adapter les stratégies.

Les **secteurs** sont :

- Les écoles
- Le lieu de travail
- Les loisirs (maisons de jeunes, milieux festifs, discothèques, clubs sportifs, ...)
- Les prisons
- Les institutions de la Protection de la jeunesse et des personnes handicapées

Les **groupes cibles** sont :

- La population générale
- Les familles
- Les parents des consommateurs de drogues

Les professionnels de l'éducation, du social et de la santé en lien avec les jeunes, les autorités locales et les familles ont un rôle particulier à jouer dans le domaine de la prévention en matière de santé.

#### 4.2.2. Prévention sociale : travail

##### 4.2.2.1. Politique en matière de tabac

La loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans fermés accessibles au public et à la protection des employeurs contre la fumée du tabac prévoit que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, il est interdit de fumer dans l'ensemble des lieux publics fermés, des lieux de travail et des lieux de restauration. Seuls les débits de boissons ou aucune denrée alimentaire n'est servie et les salles de jeux de type I peuvent encore installer une zone fumeur. Une loi supprimant ces exceptions au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2014 a également été publiée le 29 décembre 2009. Elle laisse en plus la possibilité de les supprimer plus tôt via arrêté royal.

##### 4.2.2.2. Politique en matière de drogues et d'alcool

Dans le domaine de la politique en matière d'alcool et de drogues au travail, le ministre de l'emploi souhaite affiner sa politique sur les deux plans.

Cela va d'une part vers l'obligation pour chaque employeur d'exécuter la politique en matière d'alcool et de drogues et de l'étendre aux employeurs publics. Une CTT du Conseil national du travail est uniquement valable pour le secteur privé.

D'autre part, il est nécessaire, pour l'adoption d'une semblable obligation, d'implémenter un accompagnement des employeurs, des employés et des experts en prévention et d'en assurer la surveillance. La campagne de sensibilisation 2010 prévoit :

- La diffusion de la brochure du Conseil national du travail : « une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans les entreprises. Travailler en concertation à la prévention. »
- La réalisation d'une brochure sur les bonnes pratiques sur le plan de la prévention (approche axée sur la pratique)
  - Une campagne d'affiches
  - Des sessions d'informations pour les membres de la ligne hiérarchique sur les nouvelles CTT et l'adoption d'une politique de prévention.
  - Le centre national de formation organisera au printemps 2010 une après-midi d'étude sur l'alcool et les drogues au travail. (nouvelle CTT)
  - Les prochains comités provinciaux pour la promotion du travail organiseront des sessions d'information pour une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise : Brabant Flamand (printemps 2010), Flandre Occidentale (où en est-elle dans la prévention un an après l'adoption de la CTT 100 ?), un comité d'action pour la promotion du travail dans la région de Bruxelles-Capitale (printemps 2010, en néerlandais et en français)
  - Dans le projet ESF 'risques psychosociaux', une attention explicite sera consacrée à la problématique de la consommation d'alcool et de drogues. Par exemple, dans le cadre de l'activité sur la reprise du travail après une longue absence. Cela concerne des personnes qui suite à une longue absence pour burn-out, dépression (consécutive ou non à des soucis), problèmes d'alcool, accident du travail, etc reprennent le travail. La reprise du travail engendre des problèmes matériels et relationnels par la réintégration dans le milieu du travail
  - En outre, l'attention nécessaire sera dans le futur consacrée à cette problématique via la diffusion d'informations utiles par les websites : [www.emploi.belgique.be](http://www.emploi.belgique.be) , [www.beswic.be](http://www.beswic.be) , [www.respectautravail.be](http://www.respectautravail.be) .

##### 4.2.3. Prévention de nuisances sociales liées à la drogue

● L'inventaire systématique et global ainsi que l'analyse des nuisances sociales, de la criminalité et des phénomènes d'insécurité liés à la drogue à un niveau local et supra local et ceci en collaboration avec tous les acteurs concernés.

● Exercer une surveillance structurelle sur l'évaluation de l'exécution des conventions et des obligations conclues avec les autorités administratives et les instances de police dans le cadre de la façon d'aborder les nuisances sociales, la criminalité et les phénomènes d'insécurité liés à la drogue.

● Prendre des initiatives structurelles pour faire l'inventaire et éclairer le flot des subsides finançant les travaux et les projets développés dans le cadre de l'approche de la problématique de drogue des différentes autorités compétentes, dans l'optique des rendre plus transparents et rationnels les canaux de financements existants.

● Le but de cette prévention est le soutien des autorités administratives et des instances de police dans la prévention, l'évaluation et la diminution des nuisances sociales, de la criminalité et de l'insécurité liées à la drogue par la conclusion de conventions et d'accords. Dans ces conventions, les actions préventives développées sont d'une part dirigées vers l'information et la sensibilisation de la politique administrative et de la police sur la répression des délits en lien avec la consommation légale et illégale de substances ainsi que sur les nuisances sociales liées à la drogues et d'autre part sur l'accompagnement psychosocial et la réintégration sociale des consommateurs problématiques avec une attention particulière pour les groupes à risques.

● Initier et favoriser le développement d'une politique drogue locale et intégrale qui soit élaboré par les autorités administratives et les instances de police, via l'accompagnement des projets et de processus locaux et supra locaux, mettre au point de bonnes méthodes et pratiques de travail, stimuler les accords de coopération locaux et supra locaux et offrir des avis et des règles en matière d'harmonisation politique verticale et horizontale.

Pour la réalisation de ces objectifs politiques, les moyens nécessaires seront prévus.

#### 4.3. Aide

● Etant donné la complexité des problèmes (dans le domaine de la santé, du fonctionnement économique et social, de la sécurité, du préjudice à l'environnement, de la criminalité) qui peuvent être associés à la consommation de drogues, une stratégie globale d'assistance qui part d'une approche de santé et qui intègre d'autres dimensions - bien-être, intégration sociale - est nécessaire.

Pour cela, il est essentiel que tous les secteurs pertinents - horizontal - travaillent ensemble de façon intégrée et que tous les niveaux politiques compétents -vertical - adaptent leurs actions.

● L'aide aux consommateurs problématiques doit être développée et diversifiée dans le sens de permettre autant le traitement (cure) que les soins (care) et l'accompagnement.

Ceci implique un large éventail tant d'offres spécifiques aux drogues que d'offres de santé générale et de bien-être. Une répartition géographique équilibrée est indispensable et doit être envisagée en tenant compte d'une estimation des besoins en fonction des paramètres sociaux, économiques et culturels des territoires.



Sur le plan du contenu, on prévoit les formes d'aide suivantes, qui sont proposées tant ambulatoire qu'en résidentiel : traitement sans drogues, traitement de sevrage, traitement de substitution, réduction des risques, réintégration et postcure, ... Les traitements doivent être pensés de manière globale, en tenant compte des autres facteurs que la problématique drogue elle-même. Par exemple, au niveau individuel, les problématiques multiples (double diagnostic, ...) doivent être envisagées, ainsi que les problématiques qui touchent à d'autres domaines de la vie : par exemple l'emploi, le logement, la réhabilitation pénale, les problèmes psychosociaux,

- L'optimisation de l'aide nécessite une concertation, une collaboration et une coordination entre tous les niveaux et personnes concernées. La formation de réseaux conduit à un renforcement quantitatif et qualitatif de l'offre. Il doit y avoir tant des offres générales que des offres spécifiques (à savoir les traitements spécialisés, les soins médicaux et l'accompagnement plus général).

Ceci peut aboutir à des circuits de soins à partir desquels, sous l'impulsion des coordinateurs de soins, un ensemble de programmes et de trajets de soins spécifiques sera offert aux groupes cibles ou à l'établissement de réseaux pluridisciplinaires d'acteurs, mobilisés par une thématique précise, ayant pour objectif d'optimiser leurs pratiques, constamment adaptées aux besoins en évolution et facilitant in fine l'orientation des groupes ciblés en vue d'un accompagnement plus efficient des individus qui les composent.

- Les soins aux personnes toxicomanes demandent une compétence particulière d'une part et d'autre part génèrent une pénibilité telle que l'on rencontre une pénurie de professionnels et que des besoins ne sont ainsi pas rencontrés (liste d'attente). Il faut encourager la formation des soignants.

- Le case-management doit être stimulé, particulièrement pour les groupes cibles spécifiques.

- Cette méthode reprend une assistance individualisée pour un meilleur suivi, le renfort de l'harmonisation entre les offres de soins et facilite une approche intégrale avec les problèmes susmentionnés (logement, emploi).

- Il y a dans l'aide en matière de drogues le besoin d'une grande accessibilité, avec une attention particulière pour les groupes cibles qui ne sont jusqu'à présent pas atteints et/ou pour lesquels aucune stratégie spécifique d'aide élaborée n'est disponible : patients double diagnostic, parents consommateurs problématiques, les détenus, les personnes en situation irrégulière, les minorités ethniques, les sans abris, l'entourage des consommateurs problématiques.

- Vu la constatation que l'application du droit pénal n'est pas armé pour résoudre les problèmes de drogues individuels, la collaboration entre la justice et l'aide doit être poussé plus loin, ceci sur base d'un respect mutuel pour les finalités -différentes- de chacun et sans négliger les conditions essentielles, parmi lesquelles le respect absolu pour le secret professionnel.

- La pratique évidence-based doit être stimulée et diffusée. La recherche évaluation doit être encore stimulée et développée de sorte que la recherche effet et follow-up devienne possible. Elle doit former la base de choix stratégiques qui doivent être pris en matière d'offres de soins en assuétudes.

- La réalisation d'une aide globale et intégrée qui a une capacité suffisante et qui répond à des normes de qualité nécessite toujours des efforts budgétaires. Les autorités compétentes doivent, non seulement aux différents niveaux politiques mais aussi dans le cadre d'une harmonisation optimale et verticale de la politique en matière de drogues, prendre pleinement leurs responsabilités financières.

- Les diverses autorités compétentes, représentées dans la Cellule Générale de Politique Drogues, s'engagent également sur le plan de la réduction de la demande et sur le développement d'une offre de soins dans le Plan d'Action Drogues (2009-2012) de l'UE.

#### 4.4. Répression

4.4.1. La Justice entend s'engager plus avant dans une politique globale et intégrée en matière de drogues, axée sur la dissuasion effective par la prévention, l'aide et la répression.

Il convient d'accorder une attention particulière à l'amélioration de la communication à la population.

Dans cette optique, il semble souhaitable de renoncer à la notion de politique de tolérance', laquelle a souvent été mal interprétée, et de parler d'une politique de dissuasion conséquente.

La politique globale menée par les autorités concernées doit être cohérente, en respectant les spécificités et la finalité de chacune des parties.

La pénalisation est un élément essentiel de la politique de prévention, c'est un signal que l'autorité ne tolère pas la consommation de drogues.

La Justice veille à maintenir un équilibre entre la normalisation dans la loi et son application dans le contexte social.

Il s'avère essentiel d'évaluer systématiquement les actions menées en vue d'aider les toxicomanes ou de réduire les risques quant à leur impact sur le marché de l'offre et leurs effets négatifs.

4.4.2. La réponse de la Justice aux infractions doit être appropriée et proportionnelle.

En ce qui concerne le contrôle de l'offre de drogues, une politique répressive renforcée doit être développée.

La lutte contre la production et le trafic de drogues constitue la priorité absolue de toute politique criminelle visant à limiter la consommation de drogue et la délinquance liée à la drogue.

Cette lutte doit être soutenue par une politique orientée sur la demande de drogues.

4.4.3. Il convient d'intensifier les efforts consentis en vue de diminuer l'offre en améliorant la synergie entre les plans des différents départements.

Pour ce faire, une note-cadre concernant la sécurité intégrale sera élaborée, et une attention particulière sera accordée à la « chaîne de la sécurité ».

Les choix opérés doivent être étayés sur des données objectives.

Il convient de prendre en compte les lignes de force de cette note-cadre dans le plan national de sécurité ainsi que dans les plans d'action du Ministère public (entre autres le Collège des Procureurs généraux, le parquet fédéral, les parquets).

4.4.4. Dans l'intervalle, on s'attèle à l'élaboration de plans d'action intégrés concrets, et notamment entre les autorités judiciaires et policières, en exécution du plan national de sécurité 2008-2011.

Les actions menées par les autorités dépendant de l'Intérieur, l'engagement du personnel et les méthodes et moyens de recherche doivent être harmonisés avec les autorités judiciaires, et ce afin de mettre en place une politique des recherches et des poursuites conséquente.

L'approche des phénomènes de la drogue / des priorités doit être structurée, et il convient de mettre en perspective l'ensemble de la chaîne criminelle de la drogue, y compris l'enquête quant à la provenance de la drogue, les clients, et le sommet de l'organisation, le marché, les produits des activités criminelles,...

Il convient d'accorder une attention particulière à l'image du phénomène et à la transmission d'information.

4.4.5. Les moyens financiers mis à disposition par la Politique Scientifique peuvent être utilisés à cet effet. Ces moyens permettent de mettre en place les projets de recherche pertinents et les résultats de ces projets de recherche peuvent ainsi être exploités de façon optimale.

4.4.6. La Justice souscrit à la politique en matière de drogue définie par les Nations unies et l'Union européenne.

Conformément à la convention d'application de Schengen, la Belgique ne peut subir d'effets négatifs liés à la politique menée par les pays voisins en matière de drogue.

Les modifications apportées à la politique en matière de drogue des pays voisins seront systématiquement évaluées quant à leur impact sur l'offre de drogues illégales ou les nuisances en Belgique. A l'inverse, les mesures visant à limiter l'offre en Belgique seront réexaminées au niveau régional et/ou international.

La coopération et la concertation policières et judiciaires avec les pays limitrophes seront intensifiées et structurées, de manière à lutter plus efficacement contre la criminalité transfrontalière liée à la drogue, à échanger un maximum de données, à suivre et à exécuter correctement les demandes d'entraide judiciaire,...

4.4.7. En ce qui concerne l'approche des usagers de la drogue et des toxicomanes, nous poursuivons la voie empruntée.

Pour ce groupe, nous souhaitons promouvoir des alternatives à une sanction judiciaire et une orientation maximale vers les structures d'aide, et ce à tous les échelons de la chaîne pénale (parquet, probation, médiation dans les affaires criminelles, exécution des peines,...)

Il importe que les acteurs puissent aller au-delà de leur domaine d'action habituel et définir la façon dont ils peuvent contribuer aux objectifs des autres secteurs concernés par la politique en matière de drogue.

La coopération entre la Justice et le secteur de l'aide doit être élaborée plus avant, en se basant sur la possibilité d'une aide aux personnes sous contrainte et la réalisation de fonctions de médiation sous la forme de casemanagement.

Le subventionnement des mesures alternatives par le biais du Plan global du SPF Justice relatif à l'aide en matière de drogue doit être revu. Malgré la contrainte, le Justice doit pouvoir faire appel à l'offre d'aide de la Santé publique, et ce afin de garantir la continuité des programmes de traitement.

#### 4.5. Recherche scientifique

L'accord de coopération pour une politique intégrale et intégrée en matière de drogues réserve une place importante à « l'acquisition d'une compréhension globale de tous les aspects de la problématique des drogues, en tenant compte des spécificités nationales, culturelles ou autres des individus » (Article 1<sup>er</sup>, alinéa 1). Cet objectif transversal réclame, entre autres, de développer et de mobiliser les connaissances scientifiques nécessaires pour fonder une politique intégrée et intégrale des drogues en Belgique.

Dans le cadre de ses compétences, la Politique scientifique fédérale entend répondre à ce défi par un programme de recherche permettant le financement de projets de recherche sur une base annuelle.

Les principes de ce programme sont :

- L'excellence scientifique et l'intégration au niveau international;
- La concentration autour de questions-clés qui couvrent de multiples domaines de compétences, dans le respect des compétences des parties, et qui offre un cadre cohérent minimisant la fragmentation des recherches. Les thématiques de recherche s'appuieront sur les orientations stratégiques de la politique belge en matière de drogues telles qu'entérinées par les Conférences interministérielles Drogues;
- Le recours à une palette de schémas de financement permettant une collaboration flexilbe avec d'autres entités (autres départements fédéraux, entités fédérées, organisations internationales et autres Etats).

Le rôle de la Politique scientifique résidera notamment dans l'apport d'une expertise reconnue en termes de gestion de programmes et de projets de recherche. Un tel programme, au service de tous, nécessite également la collaboration de chacun. En particulier, la complémentarité entre les recherches financées par la Politique scientifique fédérale et celles financées par d'autres parties ne peut être garantie que par une mise en commun régulière de l'information disponible. La Politique scientifique entend contribuer à cet effort en collaboration avec l'Institut de Santé publique - National Focal Point auprès de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies - et ses partenaires - Sub Focal Points dans les entités fédérées.

Dans la détermination de sa politique, la Cellule Générale de Politique Drogues prend en compte la connaissance scientifique. Afin de réaliser cette mission, la Cellule consulte les acteurs, via des groupes de travail ad hoc entre autres.

La Cellule Générale de Politique Drogues soutient la recherche scientifique en matière de drogues et de consommation de drogues, telle qu'effectuée par les différents acteurs comme l'autorité fédérale, les Communautés et Régions, chacun avec sa propre expertise divergente sur le plan du contenu. Il s'agit entre autres des équipes universitaires, le point focal belge pour l'OEDT (l'Institut Scientifique de Santé publique, le Vereniging voor Alcohol en andere Drugs, CTB-ODB, Eurotox, SPZ), des départements de recherche des centres de traitement et la police fédérale.

La recherche scientifique concerne, d'un côté, la recherche des aspects de l'offre, comme la production, le prix et la disponibilité. Elle concerne, par ailleurs, les aspects au niveau de la demande aux drogues illicites, à savoir la prévention de la consommation et le traitement en particulier, ainsi que l'épidémiologie des drogues et de leur consommation. La recherche en matière de l'offre et l'épidémiologie devront répondre aux exigences évolutives de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, tant en ce qui concerne la méthode que le contenu. Actuellement, six thèmes peuvent être identifiés. Premièrement, le monitoring de la composition des nouvelles substances dangereuses, tant au niveau du consommateur qu'au niveau de la production massive (Early Warning System). Ce monitoring doit être réalisé en collaboration avec les systèmes EWS de la Communauté Flamande et Française, la police fédérale et tous les laboratoires spécialisés. Deuxièmement, la consommation problématique et intensive d'héroïne, cocaïne, amphétamines et cannabis par différents groupes tels que les détenus, les travailleurs de sexe féminin, les jeunes et le milieu festif. Troisièmement, les maladies infectieuses liées à la consommation des drogues par injection. Quatrièmement, les décès liés à la drogue dans la population générale et chez les consommateurs problématiques et intensifs. Cinquièmement, la description de la demande de traitement pour une consommation d'alcool ou de drogue. Sixièmement, la consommation de drogues dans la population générale.

La Cellule Générale de Politique Drogues donnera des avis concernant les priorités de recherche, après concertation avec les institutions de recherche et les services actifs en matière de prévention et de l'aide.

#### 4.6. International

La politique globale et intégrée s'inscrit dans une dimension extérieure par sa réalité matérielle (évolution du phénomène des drogues au niveau mondial), par ses fondements théoriques et juridiques (Stratégie européenne en matière de drogues, Conventions des Nations-Unies,...) et par son expression (enceintes multilatérales, relations bilatérales,...). C'est cette dimension extérieure qui recueillera l'attention de la Cellule internationale de la CGPD.

Sous cet angle, la Cellule générale, et plus spécialement sa Cellule internationale, devrait, en ligne avec sa fonction générale, être conçue comme un instrument privilégié de cohérence dans la gestion de la dimension extérieure de la politique intégrale et intégrée en matière de drogues. Afin d'éviter les doublons, il importera que la Cellule s'en tienne strictement à son mandat de garant de la cohérence de la politique des drogues de la Belgique, en l'espèce en sa dimension extérieure. Les aspects strictement opérationnels ne seront donc évoqués par la Cellule que dans la mesure où ils touchent à la cohérence de cette politique.

La Cellule internationale de la CGPD n'aura pas pour vocation de se substituer aux modes existants de coordination de la position belge ou de représentation de notre pays, tels que mis en œuvre par diverses instances belges, dans le cadre de leurs compétences : SPF Santé publique, SPF Justice, Communautés, Police fédérale,... Elle développera par rapport à ces modes existants de coordination ou de représentation un rapport de complémentarité et d'appui.

Dans ce rôle, la Cellule recourra à divers moyens, au premier rang desquels la coordination informelle, sans préjudice de la coordination formelle, et l'échange d'informations.

Les documents internationaux pertinents pour la mise en œuvre de cette politique sont :

- EU Drugs strategy 2005-2012
- EU Drugs action plan 2009-2012
- WHO Framework Convention on Tobacco Control
- Framework for alcohol policy in the WHO European Region
- EU Strategy to support Member States in reducing alcohol related harm
- United Nations Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- United Nations Convention on Psychotropic Substances, 1971
- United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances, 1988

La Défense a également un rôle à jouer concernant la dimension internationale à travers le recours aux moyens militaires afin de prévenir la production ou le transport des drogues.

Pour l'Etat fédéral :  
Voor de Federale Staat :

Mme L. ONKELINX

Vice-première Ministre et Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,  
chargée de l'Intégration Sociale

Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Maatschappelijke Integratie

Y. LETERME

Eerste Minister,

belast met de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid

Premier Ministre,

chargé de la Coordination de la Politique de migration et d'asile

Mme J. MILQUET

Vice-Première Ministre et Ministre de l'Emploi et de l'Egalité des chances,  
chargée de la Politique de migration et d'asile

Vice-Eerste Minister en Minister van Werk en Gelijke Kansen,  
belast met het Migratie- en asielbeleid

S. VANACKERE

Vice-Eerste Minister en Minister van Buitenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen  
Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires étrangères et des Réformes institutionnelles

D. REYNDERS

Vice-Premier Ministre et Ministre des Finances et des Réformes institutionnelles  
Vice-Eerste Minister en Minister van Financiën en Institutionele Hervormingen

S. DE CLERCK

Minister van Justitie  
Ministre de la Justice

Mevr. A. TURTELBOOM

Minister van Binnenlandse Zaken  
Ministre de l'Intérieur

Mme S. LARUELLE

Ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique  
Minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid

P. DE CREM

Minister van Landsverdediging  
Ministre de la Défense

V. VAN QUICKENBORNE

Minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen  
Ministre pour l'Entreprise et la Simplification

M. DAERDEN

Ministre des Pensions et des Grandes villes  
Minister van Pensioenen en Grote Steden

M. WATHELET

Secrétaire d'Etat au Budget, adjoint au Ministre du Budget, Secrétaire d'Etat à la Politique de migration et d'asile, adjoint à la Ministre chargée de la Politique de migration et d'asile, et en ce qui concerne la Coordination de la Politique de migration et d'asile, adjoint au Premier Ministre,

Secrétaire d'Etat à la Politique des familles, adjoint à la Ministre de l'Emploi, et en ce qui concerne les aspects du droit des personnes et de la famille, adjoint au Ministre de la Justice, et Secrétaire d'Etat aux Institutions culturelles fédérales, adjoint au Premier Ministre

Staatssecretaris voor Begroting, toegevoegd aan de Minister van Begroting Staatssecretaris voor Migratie-en asielbeleid, toegevoegd aan de Minister belast met Migratie- en asielbeleid, en wat de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid betreft, toegevoegd aan de Eerste Minister

Staatssecretaris voor Gezinsbeleid, toegevoegd aan de Minister van Werk, en wat de aspecten inzake personen- en familierecht betreft, toegevoegd aan de Minister van Justitie, Staatssecretaris voor de Federale Culturele Instellingen, toegevoegd aan de Eerste Minister

E. SCHOUPPE

Staatssecretaris voor Mobiliteit, toegevoegd aan de Eerste Minister  
Secrétaire d'Etat à la Mobilité, adjoint au Premier Ministre

Ph. COURARD

Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté,  
adjoint à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale

Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding,  
toegevoegd aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie

Pour la Région Wallonne :  
Voor het Waals Gewest :

P. FURLAN

Ministre des Pouvoirs locaux, de la Ville et du Tourisme

E. TILLIEUX

Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :  
Pour la communauté flamande et la Région flamande :

J. VANDEURZEN

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Communauté Française :  
Voor de Franse Gemeenschap :

A. ANTOINE

Vice-Président,

Ministre du Budget, des Finances, de l'Emploi, de la Formation, des Sports et de la politique aéroportuaire

Mme F. LAANAN

Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des chances



Pour la Région de Bruxelles-capitale :  
Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Ch. PICQUE

Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles Capitale  
Minister-president van de Regering van het Brussels Hoofdstedelijke Gewest

Pour la Communauté germanophone :  
Für der Deutschsprachige Gemeinschaft :

H. MOLLERS

Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,  
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales

Pour la Commission Communautaire Commune :  
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie :

B. CEREXHE

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM),  
chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique  
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC),  
belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt

J.-L. VANRAES

Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM),  
belast met Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen  
Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM),  
chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures

Pour la Commission Communautaire Française :  
Voor de Franse Gemeenschapscommissie :

B. CEREXHE

Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF),  
chargé de la Fonction publique,  
de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes

Nota

(1) (Parl. St., Chambre, 1996-1997, 1062/1 tot 1062/3)

(2) MB du 02.06.2003

(3) MB 17.07.2008

(4) Ce chiffre est moins élevé parce que, en comparaison avec les années 2001-2003, certaines conventions qui étaient signées antérieurement avec différents services d'un seul pouvoir organisateur ont été fusionnées dans le courant de l'année 2006 dans une même convention.

(5) <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=fr&COD=DR>

(6) Ce rapport peut être consulté sur <http://www.zorgengezondheid.be/default.aspx?id=5366>. Ce site comprend aussi des informations plus générales sur le tabac, l'alcool et les drogues (De Donder E., 2008, Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2005-2006, VAD. Etude réalisée par IPSOS sur demande de la "Stichting tegen Kanker", novembre 2007, voir [www.kanker.be](http://www.kanker.be)).

(7) Nous adoptons la définition de la santé donnée par l'OMS d'un état complet de bien-être physique, mental et social, mais nous tenons aussi à évoquer explicitement comme fondement le bien-être et la santé (par rapport à la criminalité, la sécurité, etc.).

(8) La participation communautaire; l'action sur le milieu de vie; le développement d'aptitudes personnelles et sociales; la réorientation des services; la concertation et l'action intersectorielle; l'information et la formation continue.

(9) Consultant : toute personne, groupe de personnes ou institution qui s'adresse à un service actif en matière de toxicomanies (article 2, 3° du décret du 27 avril 1995)

(10) Les plans de cohésion sociale remplacent dorénavant les plans prévention et proximité dont l'axe « assuétudes » relevait de la prévention. Pour respecter la répartition des compétences, le décret du 6 novembre 2008 s'est axé sur la prise en charge thérapeutique et la prise en considération de la santé dans sa globalité, au sein du territoire communal.