

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

<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>2</b>
<b>1. UNE DÉCLARATION CONJOINTE .....</b>	<b>5</b>
1.1.    CONTEXTE .....	5
1.2.    OBJECTIF .....	5
<b>2. LES ANTECEDENTS DE LA POLITIQUE BELGE EN MATIERE DE DROGUES.....</b>	<b>7</b>
2.1.    LES LIGNES DE FORCES DEFINIES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL PARLEMENTAIRE DROGUES .....	7
2.2.    LA REPONSE DANS LA NOTE POLITIQUE FEDERALE DROGUES DE 2001 .....	9
2.3.    L'ACCORD DE COOPERATION ENTRE L'ÉTAT, LES COMMUNAUTES, LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE, LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE ET LES REGIONS POUR UNE POLITIQUE DE DROGUES GLOBALE ET INTEGREE (2 SEPTEMBRE 2002) .....	10
2.3.1 <i>Les objectifs</i> .....	10
2.3.2 <i>Les missions</i> .....	10
<b>3. INITIATIVES LES PLUS IMPORTANTES DANS LA POLITIQUE DE DROGUES DEPUIS LA SIGNATURE DE L'ACCORD DE COOPERATION, 2002 .....</b>	<b>11</b>
3.1.    AUTORITE FEDERALE: SANTE PUBLIQUE .....	11
3.1.1. <i>Coordinateur des soins assuétudes</i> .....	11
3.1.2. <i>Double diagnostic</i> .....	12
3.1.3. <i>Unités de crise et case management</i> .....	13
3.1.4. <i>Campagnes en matière de benzodiazépines</i> .....	13
3.1.5. <i>Arrêté royal réglementant les traitements de substitution</i> .....	14
3.1.6. <i>La Cellule Politique de Santé Drogues</i> .....	14
3.1.7. <i>Cannabis</i> .....	15
3.1.8. <i>Projet pilote traitement médical assisté de diacétylmorphine</i> .....	15
3.1.9. <i>Tabac</i> .....	15
3.1.10. <i>Fonds de lutte contre les assuétudes</i> .....	16
3.1.11. <i>Cocaïne</i> .....	16
3.1.12. <i>Alcool</i> .....	17
3.1.13. <i>International</i> .....	18
3.1.14. <i>Institut Scientifique de Santé publique</i> .....	19
3.2.    AFFAIRES SOCIALES (INAMI) .....	19
3.3.    AFFAIRES INTERIEURES .....	21
3.3.1. <i>Direction Sécurité Locale Intégrale</i> .....	21
3.3.2. <i>Police fédérale</i> .....	23
3.4.    JUSTICE.....	23
3.4.1. <i>Circulaires</i> .....	24
3.4.2. <i>Vis-à-vis les consommateurs des drogues et les toxicomanes</i> .....	25
3.4.3. <i>Politique pénitentiaire en matière de drogues</i> .....	26
3.4.4. <i>Lutte contre la production, la distribution et le trafic illicite de stupéfiants</i> .....	28
3.4.5. <i>Les problèmes de drogue transfrontaliers et la coopération internationale</i> .....	28

3.5.	POLITIQUE SCIENTIFIQUE.....	30
	3.5.1. <i>Introduction</i> .....	30
	3.5.2. <i>Génèse du programme de recherche</i> .....	30
	3.5.3. <i>Caractéristique du programme de recherche</i> .....	31
	3.5.4. <i>Aperçu des contrats de recherche (2002- )</i> .....	31
3.6.	MOBILITE .....	33
	3.6.1. <i>Conduire sous l'influence des drogues</i> .....	33
	3.6.1.1. <i>Prévention</i> .....	33
	3.6.1.2. <i>Etats-généraux</i> .....	33
	3.6.1.3. <i>Respect des règles – législation : nouvelles initiatives</i> .....	34
	3.6.2. <i>Conduire sous l'influence de l'alcool</i> .....	35
	3.6.2.1. <i>Prévention</i> .....	35
	3.6.2.2. <i>Bob en Europe</i> .....	35
	3.6.2.3. <i>Etats-généraux</i> .....	35
	3.6.2.4. <i>Respect des règles – législation : nouvelles initiatives</i> .....	36
	3.6.2.5. <i>L'éthylotest anti-démarrage comme sanction</i> .....	36
	3.6.3. <i>Conduire sous l'influence des médicaments</i> .....	37
3.7.	EMPLOI .....	37
	3.7.1. <i>Politique en matière de tabac</i> .....	37
	3.7.2. <i>Politique en matière d'alcool et de drogues</i> .....	38
3.8.	AUTORITE FLAMANDE: MINISTRE DE BIEN-ETRE, SANTE PUBLIQUE ET FAMILLE.....	40
3.9.	AUTORITE FLAMANDE : GOUVERNEMENT FLAMAND .....	40
	3.9.1. <i>Vision politique</i> .....	40
	3.9.1.1. <i>Exposé du problème</i> .....	41
	3.9.1.2. <i>Objectifs au niveau de la santé</i> .....	42
	3.9.1.3. <i>Recommandations internationales</i> .....	43
	3.9.1.4. <i>Une approche politique intégrale pour la Flandre</i> .....	43
	3.9.1.5. <i>Alignement entres différentes compétences</i> .....	46
	3.9.2. <i>Secteurs et groupes cibles</i> .....	47
	3.9.3. <i>Lignes directrices d'action</i> .....	47
3.10.	COMMUNAUTE FRANÇAISE DE BELGIQUE .....	47
	3.10.1. <i>Compétences</i> .....	47
	3.10.2. <i>Sources</i> .....	47
	3.10.3. <i>Actions</i> .....	48
3.11.	COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE DE LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE.....	53
	3.11.1. <i>Compétences</i> .....	53
	3.11.2. <i>Sources</i> .....	53
	3.11.3. <i>Actions</i> .....	53
3.12.	COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE DE LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE.....	56
3.13.	COMMUNAUTE GERMANOPHONE .....	57
	3.13.1. <i>Compétences</i> .....	57
	3.13.2. <i>Sources</i> .....	57
	3.13.3. <i>Actions</i> .....	58
3.14.	REGION WALLONNE .....	59
	3.14.1. <i>Compétences</i> .....	59
	3.14.2. <i>Sources</i> .....	59

3.14.3. Actions.....	60
<b>4. PRINCIPES ET OPÉRATIONNALISATION.....</b>	<b>66</b>
4.1. UNE POLITIQUE GLOBALE ET INTEGEE EN MATIERE DE DROGUES .....	66
4.2. PREVENTION .....	66
4.2.1. <i>Prévention en matière de santé.....</i>	<i>66</i>
4.2.2. <i>Prévention sociale : travail.....</i>	<i>68</i>
4.2.3. <i>Prévention de nuisances sociales liées à la drogue.....</i>	<i>69</i>
4.3. AIDE .....	70
4.4. REPRESSION .....	72
4.5. RECHERCHE SCIENTIFIQUE.....	74
4.6. INTERNATIONAL .....	75

# **1. Une Déclaration Conjointe**

## **1.1. Contexte**

La politique belge en matière de drogues date, dans sa forme explicitée, 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'État, 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 requérait 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 détaillée, 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 <sup>1</sup>**

- 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.

---

<sup>1</sup> (Parl. St., Chambre, 1996-1997, 1062/1 tot 1062/3)

- 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. Étant 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(e)s de toutes les autorités compétentes (État 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 (État 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)<sup>2</sup>**

### **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.

---

<sup>2</sup> MB du 02.06.2003

- 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 la cadre des plans politiques drogues du Ministre compétent.

##### **3.1.1. Coordinateur des soins assuétudes**

Ce projet pilote vise à implémenter la fonction de coordinateur de soins au sein des plateformes 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 par le 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 (7unités 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 professionnels 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 règlementés, 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 les lieux 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. Les moyens 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'acquérir 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<sup>3</sup>. 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

---

<sup>3</sup> MB 17.07.2008

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 États 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<sup>4</sup> 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 1er 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 1er 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

---

<sup>4</sup> 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.

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

- *Euregio Scheldemond*: 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 Occidentale*

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<sup>5</sup> 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)

---

<sup>5</sup> <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=fr&COD=DR>

- 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 efficience 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 'coffeeshops' 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 estiment 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 récidive 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 récidive 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<sup>6</sup> 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.

---

<sup>6</sup> 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. Étude réalisée par IPSOS sur demande de la "Stichting tegen Kanker", novembre 2007, voir [www.kanker.be](http://www.kanker.be)).

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<sup>7</sup>. 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:

- Éviter 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:

---

<sup>7</sup> 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.).

- 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. Étendre 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 couvrait 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<sup>8</sup> 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.

---

<sup>8</sup> 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.

→ *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 ("jobiste"), 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 Pompidou.

→ *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 réglementaire 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<sup>9</sup> 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 ;

---

<sup>9</sup> Consultant : toute personne, groupe de personnes ou institution qui s'adresse à un service actif en matière de toxicomanies (article 2, 3<sup>o</sup> du décret du 27 avril 1995)

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 décentralisé.

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 7 mars 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 7 mars 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 plateformes 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 plateforme 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 1er 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 assuétudés 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'Étude 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<sup>10</sup> 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.

---

<sup>10</sup> 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.

## 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 :

- Éviter 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 1er 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 1er 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, la 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 1er, 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 flexible 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,**

**Laurette 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

**Yves 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

**Joëlle 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

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

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

**Stefaan De Clerck,**  
Minister van Justitie  
Ministre de la Justice

**Annemie Turtelboom,**  
Minister van Binnenlandse Zaken  
Ministre de l'Intérieur

**Sabine Laruelle,**  
Ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique  
Minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid

**Pieter De Crem,**  
Minister van Landsverdediging  
Ministre de la Défense

**Vincent Van Quickenborne,**  
Minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen  
Ministre pour l'Entreprise et la Simplification

**Michel Daerden,**  
Ministre des Pensions et des Grandes villes  
Minister van Pensioenen en Grote Steden

**Melchior 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

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

**Philippe 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,**

**Paul Furlan,**  
Ministre des Pouvoirs locaux, de la Ville et du Tourisme

**Eliane 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,**

**Jo Vandeurzen,**  
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Pour la Communauté Française,**  
**Voor de Franse Gemeenschap,**

**André Antoine,**  
Vice-Président,  
Ministre du Budget, des Finances, de l'Emploi, de la Formation, des Sports et de la politique aéroportuaire

**Fadila 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,**

**Charles Picqué,**  
Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles Capitale  
Minister-president van de Regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

**Pour la Communauté germanophone,  
Für der Deutschsprachige Gemeinschaft.**

**Harald 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.**

**Benoît 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

**Jean-Luc 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.**

**Benoît 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