

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS EN SENAAT

23 januari 2001

BELEIDSNOTA
van de federale regering in verband met de drugproblematiek

INHOUDSTAFEL

	Blz.
1. INLEIDING	8
1.1. Een federale nota	8
1.2. Uitgangspunten	8
2. UITGANGSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VAN DE PARLEMENTAIRE WERKGROEP DRUGS	9
2.1. Uitgangspunten	9
2.2. Een geïntegreerde, globale benadering	10
2.2.1. Algemeen	10
2.2.2. Verticale beleidsafstemming	10
2.2.3. Horizontale beleidsafstemming	10
2.2.4. Financiering	10
2.3. Epidemiologie / Evaluatie	10
2.4. Preventie	11
2.4.1. Algemeen	11
2.4.2. Jongeren	11
2.4.3. Psychoactieve geneesmiddelen	11
2.4.4. Smart drugs	11
2.4.5. Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag	12
2.5. Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie	12
2.5.1. Algemeen	12
2.5.2. Risicobeperking	12
2.6. Repressie	13
2.6.1. De drugproductie en de drughandel	13
— De drugproductie	13
— De drughandel	13
2.6.2. Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel	13
— Opsporing en vervolging	13
— Straftoemeting	14
2.6.3. Penitentiair beleid	14

AGALEV-ECOLO	:	<i>Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
CVP	:	<i>Christelijke Volkspartij</i>
FN	:	<i>Front National</i>
PRL FDF MCC	:	<i>Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement</i>
PS	:	<i>Parti socialiste</i>
PSC	:	<i>Parti social-chrétien</i>
SP	:	<i>Socialistische Partij</i>
VLAAMS BLOK	:	<i>Vlaams Blok</i>
VLD	:	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
VU&ID	:	<i>Volksunie&ID21</i>

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 50 0000/000 :	<i>Parlementair document van de 50e zittingsperiode + nummer en volgnummer</i>	DOC 50 0000/000 :	<i>Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° et du n° consécutif</i>
QRVA :	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	QRVA :	<i>Questions et Réponses écrites</i>
CRIV :	<i>Integraal Verslag (op wit papier, bevat de bijlagen en het Beknopt Verslag, met kruisverwijzingen tussen Integraal en Beknopt Verslag)</i>	CRIV :	<i>Compte Rendu Intégral (sur papier blanc, avec annexes et CRA, avec renvois entre le CRI et le CRA)</i>
CRIV :	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>	CRIV :	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)</i>
CRABV :	<i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>	CRABV :	<i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>
PLEN :	<i>Plenum (witte kaft)</i>	PLEN :	<i>Séance plénière (couverture blanche)</i>
COM :	<i>Commissievergadering (beige kaft)</i>	COM :	<i>Réunion de commission (couverture beige)</i>

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : alg.zaken@deKamer.be</i>	<i>e-mail : aff.generales@laChambre.be</i>

3. STAND VAN ZAKEN	14
3.1. Een geïntegreerde, globale benadering	14
3.1.1. Algemeen	14
3.1.2. Verticale beleidsafstemming	15
3.1.3. Horizontale beleidsafstemming	15
3.1.4. Financiering	15
3.2. Evaluatie / Epidemiologie	17
3.3. Preventie, sensibilisering en risicobeheersing	18
3.3.1. Algemeen	18
3.3.2. Jongeren	18
3.3.3. Psychoactieve geneesmiddelen	19
3.3.4. Smart drugs	19
3.3.5. Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag	19
3.4. Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie	19
3.4.1. Algemeen	19
3.4.2. Harm-reduction	21
3.5. Repressie	22
3.5.1. De drugproductie en de drughandel	22
— De drugproductie	22
— De drughandel	22
3.5.2. Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel	23
— Inleiding	23
— De parketten	24
— De afhandelingsmodaliteiten	24
— De politiediensten	26
— De alternatieve afhandelingsmodaliteit in het kader van de wet op de voorlopige hechtenis : de invrijheidstelling onder voorwaarden	26
— De straftoemeting	27
3.5.3. Penitentiair beleid	28
4. ACTIEPUNTEN	28
4.1. Een geïntegreerde, globale benadering	28
4.1.1. Cel Drugbeleid/Interministeriële Conferentie Drugbeleid	28
— Inhoud	28
— Verantwoordelijke minister	29
— Timing	29
— Geraamd budget	30
4.1.2. Justitie — Hulpverlening : duidelijke afspraken	30
— Inhoud	30
— Verantwoordelijke minister	31
— Timing	31
— Geraamd budget	31
4.1.3. Het luik « drugs » van het globaal plan (contracten met de gemeenten)	31
— Inhoud	31
— Verantwoordelijke minister	32
— Timing	32
— Geraamd budget	33
4.1.4. Internationaal drugbeleid	33
— Inhoud	33
— Verantwoordelijke ministers	33
4.2. Epidemiologie/Evaluatie/Onderzoek	33
4.2.1. Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving	33
— Inhoud	33
— Verantwoordelijke minister	34
— Timing	34
— Geraamd budget	34

4.2.2.	Early warning	35
—	Inhoud	35
—	Verantwoordelijke minister	35
—	Timing	35
—	Geraamd budget	35
4.2.3.	Evaluatie behandelingsmethoden, zorgvoorzieningen, zorgcircuits en preventietechnieken	36
—	Inhoud	36
—	Verantwoordelijke minister	36
—	Timing	36
—	Geraamd budget	36
4.2.4.	Evaluatie MSOC's	36
—	Inhoud	36
—	Verantwoordelijke minister	37
—	Timing	37
—	Geraamd budget	37
4.3.	Preventie	37
4.3.1.	Psychoactieve geneesmiddelen	37
—	Inhoud	37
—	Verantwoordelijke minister	38
—	Timing	38
—	Geraamd budget	38
4.3.2.	Sturen onder invloed	38
—	Inhoud	38
—	Verantwoordelijke minister	39
—	Timing	39
—	Geraamd budget	39
4.3.3.	Tabak en alcohol	39
—	Inhoud	39
—	Verantwoordelijke minister	40
—	Timing	40
—	Geraamd budget	40
4.3.4.	Uitbouw van de preventie	41
—	Inhoud	41
—	Verantwoordelijke ministers	41
—	Timing	41
—	Geraamd budget	41
4.4.	Zorgverlening, risicobeperking en (her)integratie	42
4.4.1.	Organisatie van het zorgaanbod	42
—	Inhoud	42
—	Verantwoordelijke minister	43
—	Timing	43
—	Geraamd budget	43
4.4.2.	Financiering van de zorgverlening	43
—	Inhoud	43
—	Verantwoordelijke minister	44
—	Timing	44
—	Geraamd budget	44
4.4.3.	Verslavingszorg <i>casemanagement</i>	44
—	Inhoud	44
—	Verantwoordelijke minister	44
—	Timing	45
—	Geraamd budget	45
4.4.4.	Druggebruik(st)ers met psychiatrische problemen (dubbele diagnostiek)	45
—	Inhoud	45
—	Verantwoordelijke minister	45
—	Timing	45
—	Geraamd budget	46
4.4.5.	Netwerk voor spoed- en crisisopvang	46
—	Inhoud	46
—	Verantwoordelijke minister	46
—	Timing	46
—	Geraamd budget	46

4.4.6.	Minderjarigen	47
—	Inhoud	47
—	Verantwoordelijke minister	47
—	Timing	47
—	Geraamd budget	47
4.4.7.	Nazorg	47
—	Inhoud	47
—	Verantwoordelijke minister	48
—	Timing	48
—	Geraamd budget	48
4.4.8.	Substitutiebehandelingen	48
—	Inhoud	48
—	Verantwoordelijke minister	48
—	Timing	48
—	Geraamd budget	48
4.4.9.	Sputenruil	49
—	Inhoud	49
—	Verantwoordelijke minister	49
—	Timing	49
—	Geraamd budget	49
4.4.10.	Gecontroleerde heroïneverstrekking	49
—	Inhoud	49
—	Verantwoordelijke minister	49
—	Timing	49
—	Geraamd budget	49
4.5.	Repressie	49
4.5.1.	Federaal Veiligheidsplan	50
4.5.2.	Strafrechtelijk beleid — drughandel	50
—	Inhoud	50
—	Verantwoordelijke minister	50
—	Timing	50
—	Geraamd budget	51
4.5.3.	Strafrechtelijke reactie op druggebruik	51
—	Inhoud	51
—	Verantwoordelijke minister	58
—	Timing	58
—	Geraamd budget	58
4.5.4.	Straftoemeting	58
—	Inhoud	58
—	Verantwoordelijke minister	58
—	Timing	58
—	Geraamd budget	58
4.5.5.	Therapeutisch advies	58
—	Inhoud	58
—	Verantwoordelijke minister	59
—	Timing	59
—	Geraamd budget	59
4.5.6.	Verbeurdverklaard druggeld	59
—	Inhoud	59
—	Verantwoordelijke minister	59
—	Timing	59
—	Geraamd budget	59
4.5.7.	Een coherent penitentiair drugbeleid	60
—	Inhoud	60
—	Verantwoordelijke minister	61
—	Timing	61
—	Geraamd budget	61
BIJLAGEN		62

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ASL	Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung
BIRN	Belgian Information Reitox Network
BIVV	Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid
CAD	Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen — Limburg
CCAD	Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (vervangen door Eurotox)
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CTB/ODB	Concertation Toxicomanie Bruxelles — Overleg Druggebruik Brussel
DWTC	Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GAFI	Groupe d'Action financière sur le blanchiment des capitaux
IHE	Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (nu WIV)
INCB	International Control Board
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
LCD	Lokale Coördinatiegroep Drugs
LOK	Lokale Kwaliteitskring
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MPG	Minimaal Psychiatrische Gegevens
MSOC	Medisch-Sociaal Opvangcentrum
MTG	Minimale Toxicomanie Gegevens
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PAAZ	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
ROSITA	Road Side Testing Assessment
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SODA	Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen
UG	Universiteit Gent
ULB	Université libre de Bruxelles
UNDCP	United Nations International Drugs Control Programme
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VRM	Vlaamse Registratie Middelengebruik
VSPP	Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid
WIV	Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid

LEXICON

Bestrafing van het druggebruik

In deze nota wordt regelmatig gesproken over de bestrafing van druggebruik. De federale regering beseft uiteraard dat het loutere gebruik van drugs niet als dusdanig strafbaar is, maar bedoelt in deze gevallen de inbreuken op de drugwetgeving die gericht zijn op het persoonlijke gebruik (invoer, bezit, ...) en die werden gepleegd zonder inbreuken te plegen op andere strafbepalingen.

Emancipatie Effecten Rapportage

Een Emancipatie Effecten Rapportage is een instrument waarmee beleidsvoornemens aan de hand van een aantal vragen worden doorgelicht op hun differentiële impact op vrouwen en mannen. Zij spitst zich toe op het opsporen van een genderdimensie, het inschatten van deze dimensie en het formuleren van alternatieven om een onevenwichtige genderdimensie op te vangen. De Emancipatie Effecten Rapportage is bijgevolg een hulpmiddel om de, vaak verborgen en onopzettelijke, scheve genderdimensie in beleidsvoornemens bloot te leggen opdat een evenwichtiger beleid kan worden geformuleerd. Het instrument beantwoordt aan de toenemende vraag om alle beleidsvoornemens vanuit een gelijke kansenperspectief te benaderen.

Problematisch druggebruik

Een gebruikspatroon dat men niet meer onder controle heeft, wat tot uiting komt in bijvoorbeeld drugafhankelijkheid, druggerelateerde criminaliteit, ...

1. INLEIDING

De federale regering heeft kennis genomen van **het verslag van de werkgroep Drugbeleid** van de Kamer van volksvertegenwoordigers. Met deze beleidsnota wil de federale regering enerzijds een **stand van zaken** opmaken wat betreft de uitvoering van de aanbevelingen, en anderzijds concreet **aangeven op welke wijze zij een aantal niet-gerealiseerde aanbevelingen in de praktijk wil omzetten**. Als bijlage vindt u een **overzicht van het drugbeleid van de omringende landen en enkele internationale organisaties**. Deze beleidsnota werd aangekondigd in het **regeerakkoord** (hoofdstuk « Ethische vraagstukken ») en in het **Federaal Veiligheids- en Detentieplan**.

1.1. EEN FEDERALE NOTA

Aangezien de drugproblematiek het federale bevoegdheidsniveau overstijgt en vooral de **gemeenschappen**, maar ook de **gewesten** op dit vlak bevoegdheden hebben, kan men zich vragen stellen bij het nut van een federale beleidsnota over de drugproblematiek. De federale beleidsnota werd uitgewerkt omdat :

- de Kamer van volksvertegenwoordigers de federale regering in haar motie van 26 juni 1997 vroeg een dergelijke nota uit te werken;
 - er nog geen beleidsorgaan voor de drugproblematiek bestaat waar de federale regering en de deelregeringen in verenigd zijn;
 - de federale regering belangrijke bevoegdheden heeft en zij de verslavingszorg, de drugrepressie en zelfs de drugpreventie in grote mate betaalt;
 - de meeste internationale organisaties zich in de eerste plaats tot België, en niet tot de deelregeringen, richten.
- Uiteraard zullen de projecten die de **deelregeringen** aanbelangen stuk voor stuk **concreet onderhandeld** worden tussen de bevoegde federale, gemeenschaps- en gewestministers. Het is hierbij **geenszins de bedoeling om de autonome bevoegdheden van de deelregeringen in vraag te stellen**.

1.2. UITGANGSPUNTEN

De **federale beleidsnota drugs** wil een antwoord bieden op de **meest prangende problemen rond druggebruik en drugverslaving in onze samenleving**. Deze problemen werden geïnventariseerd door de **parlementaire werkgroep drugs**. Deze werkgroep deed eveneens **aanbevelingen** om de problemen aan te pakken. De federale beleidsnota beperkt zich tot de (legale en illegale) psychoactieve stoffen, inclusief tabak. De gokverslavingen worden niet behandeld, het medisch gebruik van cannabis evenmin.

De federale regering bevestigt dat het drugmisbruik een **volksgezondheidsprobleem** is. Deze beleidsnota past in een **normaliseringsbeleid**, gericht op **rationele risicobeheersing**. Het beleid van de federale regering zal zowel inwerken op het **aanbod** als op de **vraag**. Belangrijkste **doelen** zijn :

- een **daling van het aantal afhankelijke burgers**;
- een **daling van de fysische en psycho-sociale schade** die drugmisbruik kan veroorzaken;
- een **daling van de negatieve gevolgen van het drugfenomeen voor de samenleving** (waaronder de maatschappelijke overlast).

Deze doelen worden nagestreefd via een beleid dat gebaseerd is op **drie pijlers** :

- **preventie** voor de niet-gebruik(st)ers en de niet-problematische gebruik(st)ers;
- **zorgverlening, risicobeperking en (her)integratie** voor de problematische gebruik(st)ers; en
- **repressie** voor de producenten en de handelaars.

Om deze drie pijlers geïntegreerd uit te bouwen is er **prioritair** nood aan :

- meer **samenwerking** tussen de verschillende bevoegde beleidsdomeinen; en
- de uitbouw van een **epidemiologisch en evaluatief instrumentarium**.

Problematisch druggebruik (dat niet gepaard gaat met gemeenrechtelijke misdrijven) wordt beter aangepakt door **zorg aan te bieden die gericht is op herintegratie**, dan door de druggebruik(st)er **extra te laten lijden door hem/haar te straffen. Voorkomen is daarbij beter dan genezen**. De federale regering pleit dan ook voor doorgedreven **preventie**.

Verder zijn er een aantal **wetgevende initiatieven** noodzakelijk die het mogelijk maken om de georganiseerde misdaad efficiënter aan te pakken. **Repressie** blijft hier het sleutelwoord.

Het onderscheid **legale drugs - illegale drugs** wordt in deze beleidsnota enkel gemaakt waar dit onderscheid zinvol is.

Het lijkt aangewezen dat de op te richten **Cel Drugbeleid** (een beleidsondersteunend orgaan dat de verschillende bevoegde beleidsniveaus groepeerd) **doelen** formuleert die **door de verschillende beleidsniveaus worden gedeeld** en deze doelen concretiseert in **indicatoren**. Gekoppeld aan een degelijke epidemiologie, laat dit toe de toekomstige beleidsmaatregelen te **evalueren**.

Deze nota bevat verschillende **actiepunten**, die gegroepeerd zijn in vijf hoofdstukken :

- Een geïntegreerde, globale benadering;
- Evaluatie, epidemiologie en onderzoek;
- Preventie;
- Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie; en
- Repressie.

De federale regering maakt **500 miljoen Belgische frank** vrij voor de uitvoering van deze nota, en meer bepaald voor de preventie en de zorgverlening.

Deze beleidsnota werd onderworpen aan een **Emancipatie Effecten Rapportage**. De Emancipatie Effecten Rapportage had voor deze beleidsnota de volgende gevolgen :

- een sexe-neutraal woordgebruik;
- het beter in beeld brengen van de stand van zaken en de beleidsvisie;
- het invoegen, schrappen of herwerken van verschillende actiepunten.

Tot slot nog dit : de federale regering kreeg erg veel **hulp van het werkveld** bij het uitwerken van deze beleidsnota, **waarvoor dank**. De **gemeenschappen en gewesten** hebben uitgebreid gereageerd op de vraag van de federale regering om van gedachten te wisselen rond de verschillende actiepunten, **waarvoor eveneens dank**.

2. UITGANGSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VAN DE PARLEMENTAIRE WERKGROEP DRUGS

Op 5 juni 1997 bracht de parlementaire werkgroep drugs verslag uit in de Kamer (Parl. St., Kamer, 1996-1997, n^{rs} 1062/1 tot 1062/3). De parlementaire werkgroep drugs, samengesteld uit vertegenwoordigers van verschillende bestaande commissies en begeleid door experts, hield hoorzittingen over de verschillende aspecten van de drugproblematiek en deed aanbevelingen aan de regering.

De aanbevelingen van de parlementaire werkgroep leidden tot een motie van De Kamer (Parl. St., Kamer, 1996-1997, n^r 1062/4). De Kamer vroeg de regering onder andere een Cel Drugbeleid op te richten en regelmatig verslag uit te brengen over de implementatie van haar aanbevelingen.

De uitgangspunten en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep werden samengevat in het universiteitsrapport « Het Belgisch Drugbeleid anno 2000 : een stand van zaken » van de professoren B. De Ruyver (Universiteit Gent) en J. Casselman (Katholieke Universiteit Leuven). Dit hoofdstuk is gebaseerd op het genoemde universiteitsrapport.

2.1. UITGANGSPUNTEN

De parlementaire werkgroep koos voor een **normaliseringsbeleid en een geïntegreerde, globale benadering**. In dit geïntegreerde, globale normaliseringsbeleid moet **preventie** de hoogste prioriteit krijgen, gevolgd door **hulpverlening** en tenslotte eventueel **repressie**.

De belangrijkste doelstelling is het ontraden en het terugdringen van het druggebruik, legaal en illegaal, en het afremmen van het aantal nieuwe druggebruik(st)ers door middel van **preventie**.

De tweede prioriteit is de **bescherming van de samenleving** en haar leden die met het verschijnsel drugs worden geconfronteerd. Ze betreft ook de drugverslaafden die de nodige hulp moeten krijgen om, ondanks de drugs, een menswaardig bestaan te kunnen leiden (door middel van de bevordering van het *harm reduction*-beleid).

Wat de **controle van het drugaanbod** betreft, moet gewerkt worden aan een versterkt repressief beleid ten aanzien van de georganiseerde drughandel en van criminele organisaties die banden hebben met de drughandel.

Een aanpassing van het **strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers** is noodzakelijk. Dat druggebruik(st)ers die geen misdrijf hebben gepleegd in de gevangenis terecht komen, moet worden vermeden.

Er moet een **penitentiair beleid** worden ontwikkeld dat enerzijds helpt voorkomen dat personen die om diverse redenen in de gevangenis zitten drugs gaan gebruiken, en dat anderzijds voorziet in de mogelijkheid tot substitutiebehandelingen voor de drugverslaafde gedetineerden.

Een **geregelde evaluatie** van het resultaat van de doorgevoerde maatregelen is onontbeerlijk, wil men het beleid inzake drugbestrijding aanpassen aan de maatschappelijke ontwikkelingen.

Het beheersen van het drugfenomeen roept **een dubbele vraag** op. Op de eerste plaats komt het erop aan **de grenzen** te bepalen van wat een samenleving in al haar geledingen (sociaal, economisch, ethisch) aan middelengebruik kan verdragen. Op de tweede plaats moet de samenleving zich organiseren om **het handhaven van de grenzen**, op basis van vooropgestelde beleidsdoelstellingen, te verzekeren.

2.2. EEN GEÏNTEGREERDE, GLOBALE BENADERING

2.2.1. Algemeen

Een rode draad doorheen het rapport van de parlementaire werkgroep was de noodzaak aan **samenwerking en coördinatie tussen de verschillende actoren**. Dit gold des te meer voor het **beleid**. De **versnippering van bevoegdheden** over federale, gemeenschaps- en gewest-, provinciale- en lokale beleidsniveaus is niet bevorderlijk voor een geïntegreerd beleid. De beleidsafstemming op de diverse niveaus werd door de parlementaire werkgroep dan ook beschouwd als de tweede premisse voor een normaliseringsbeleid. Deze beleidsafstemming moet zowel op verticaal als op horizontaal niveau gebeuren.

2.2.2. Verticale beleidsafstemming

Een **verticale beleidsafstemming** van het preventie-, hulpverlenings- en sociaal beleid is nodig. Deze beleidsafstemming moet gebeuren tussen het federaal en het gemeenschapsniveau, tussen het gemeenschaps- en het provinciaal niveau, tussen het federaal en het lokaal niveau en tussen het provinciaal en het lokaal niveau.

2.2.3. Horizontale beleidsafstemming

Wat de **horizontale beleidsafstemming** op de onderscheiden beleidsniveaus betreft zijn de overlegfora grotendeels reeds voorhanden. Zo heeft men interdepartementaal overleg, provinciale en lokale overlegplatforms inzake preventie en hulpverlening en het provinciaal en lokaal vijfhoeksoverleg.

2.2.4. Financiering

De **disparate financiering** door de verschillende beleidsniveaus is een cruciaal probleem.

2.3. EPIDEMIOLOGIE/EVALUATIE

Teneinde een adequaat beeld te krijgen van de aard en de omvang van het **gebruik** van drugs, wordt er aanbevolen :

1. dat bevolkingsstudies systematisch en met regelmatige tussenpozen op vergelijkbare populaties zouden worden uitgevoerd;
2. dat ook andere categorieën dan schoolgaande jongeren voorwerp van onderzoek zouden worden;
3. dat tevens specifieke risicogroepen in het onderzoek zouden worden betrokken;
4. dat ook de algemene bevolking op druggebruik zou worden gescreend;
5. dat de kwantitatieve benadering vergezeld zou gaan van meer kwalitatief onderzoek, dit teneinde een diepgaander zicht op middelengebruik te bekomen.

Om te komen tot een betrouwbare inschatting van **problematisch druggebruik**, is het noodzakelijk dat de bevoegde overheden initiatieven tot uniforme, landelijke registratie binnen de verschillende vormen van drughulpverlening zouden coördineren en zouden aanvullen met gegevens vanuit de verschillende niveaus van de strafrechtsbedeling (ook politiediensten).

Op nationaal niveau dient de **bundeling van resultaten** van epidemiologisch onderzoek van verschillende equipes te worden gecoördineerd en aangemoedigd.

2.4. PREVENTIE

2.4.1. Algemeen

Het gebruik van **illegale en legale drugs**, buiten medisch verantwoorde doeleinden, dient te worden ontraden. Dit dient te gebeuren door middel van een geheel van **preventieve maatregelen**, zowel van opvoedende (door gezin, school en jeugdwerk) als van sociaal-economische aard. Het preventiebeleid moet dus enerzijds gericht zijn op **structurele preventie** (kansarmoedebestrijding, urbanisatie, wijkontwikkeling, een sociaal stedelijk beleid) en anderzijds op **persoonsgerichte preventie** (algemene gezondheidspromotie en -opvoeding, verhoging van de sociale vaardigheden, leren omgaan met risico's). Preventie moet aansluiten bij de leefwereld van de groepen tot wie men zich richt. Ook met de noden van ouders, partners en verwanten moet rekening worden gehouden.

Algehele abstinentie van legale en illegale drugs is in onze samenleving niet haalbaar, dus moeten meer **realistische doelstellingen** worden nagestreefd, zoals :

1. het verhogen van de beginleeftijd van het gebruik,
2. het verminderen van het rijden onder invloed,
3. het uitstellen of controleren van het gebruik,
4. het verminderen van middelenmisbruik.

In België constateert men nog steeds een overwicht van activiteiten binnen de **primaire preventie**. Naast het opvoeren van activiteiten binnen **secundaire en tertiaire preventie**, dienen projecten van primaire preventie toch blijvend te worden ondersteund. De recente aandachtverschuiving naar jongere leeftijdsgroepen moet worden gestimuleerd.

Secundaire preventie dient zich te richten op volgende risicogroepen : jongeren binnen gemarginaliseerde buurten, de horeca en het gevangenis milieu.

Aangezien preventiewerk(st)ers op verschillende niveaus werken, voor verschillende opdrachtgevers, blijkt een **bovenlokale overlegcoördinatie** en afstemming van de verschillende drugpreventiestrategieën noodzakelijk, en dit op twee niveaus : op het niveau van de gemeenschappen en op het niveau van de provincies.

Naast coördinatie is het waarborgen van de **continuïteit** van de werkvorm en de **deskundigheidsbevordering** van de preventiewerk(st)ers vereist. Er is eveneens dringend nood aan een **volwaardig statuut** voor de professionele preventiewerk(st)ers.

Belangrijke **aandachtspunten** in het preventiebeleid zijn de psychoactieve geneesmiddelen, *smart drugs* en de invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag.

2.4.2. Jongeren

De **school** moet de plaats bij uitstek zijn voor het voeren van een preventiebeleid. Primaire preventie in het onderwijs dient daarom als cruciaal te worden bestempeld en verder te worden uitgebouwd.

2.4.3. Psychoactieve geneesmiddelen

De **registratie** van bepaalde categorieën van afhankelijkheid verwekkende geneesmiddelen die nu omwille van hun farmacologische effecten, buiten medisch verantwoorde doeleinden, massaal worden gebruikt, dient te worden bekeken in het licht van hun therapeutische meerwaarde.

Het **voorschrijfgedrag** van de medici dient, naar afhankelijkheid opwekkende middelen toe, preventief en reactief te worden begeleid en opgevolgd. De wijziging van het voorschrijfgedrag van artsen inzake psychotrope stoffen zou in het bijzonder binnen de artsengroepen die de medische praktijk evalueren, met toepassing van de zogenaamde « *peer review* »-techniek, moeten kunnen worden verkregen. De provinciale geneeskundige commissies hebben een belangrijke taak bij het voorkomen van onoordeelkundig voorschrijfgedrag en bij het reactief bijsturen van individuele disfuncties op dit vlak. De apotheker dient actief te worden ingeschakeld in het preventiebeleid.

De federale regering moet dringend maatregelen nemen om **de beïnvloeding van het voorschrijfgedrag** van geneesheren door de farmaceutische industrie uit te sluiten en om **de reclame voor geneesmiddelen** te beperken tot objectieve, wetenschappelijke voorlichting.

2.4.4. Smart drugs

Het is van belang dat de gebruik(st)er zoveel als mogelijk beschermd wordt tegen **misleidingen** omtrent de aard, de samenstelling en de effecten van de aangeboden middelen.

2.4.5. Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag

Het gebruik van legale en illegale drugs met een negatieve invloed op het rijgedrag dient te worden ontraden. Met dit doel voor ogen dienen de **drugtesten voor autobestuurders** te worden veralgemeend. Hiertoe is het noodzakelijk de wetgeving aan te passen, een duidelijke normering inzake grenswaarden te bepalen, en te voorzien in de noodzakelijke infrastructuur en opleiding van zij die met de wetshandhaving belast zijn.

Ook de **informatie- en sensibiliseringsacties** over de invloed van drugs op het rijgedrag moeten gericht zijn op alle, zowel legale als illegale, drugs. **De farmaceutische en medische sector** moeten hierbij sterker worden geresponsabiliseerd.

2.5. ZORGVERLENING, RISICOBEPERKING EN HERINTEGRATIE

2.5.1. Algemeen

Probleemgebruik van legale en illegale drugs is in onze samenleving niet te vermijden. Probleemgebruik(st)ers moeten dan ook kunnen terugvallen op een **brede waaier van voorzieningen**, gaande van laagdrempelige, schadebeperkende initiatieven (zoals spuitenruil en substitutieprogramma's) tot en met hoogdrempelige, drugvrije therapeutische programma's. De hulpverlening moet « zorg op maat » zijn. Dit geldt nog meer voor de jongeren die gezien hun situatie een specifieke hulpverlening behoeven. Bovendien dienen de voorzieningen op elkaar aan te sluiten en te worden **gecoördineerd**, door middel van **overlegplatforms**, een goed uitgebouwd **registratiesysteem** en een **stringente controle** van de overheid. Vanuit een multidisciplinaire aanpak dient de gespecialiseerde drughulpverlening te worden geïntegreerd in **het bestaande netwerk van sociale en medische voorzieningen**.

Uitgangspunt is **de vrijwilligheid van de hulpzoekende**. Dwangbehandeling is te vermijden. Drangbehandeling daarentegen kan wel. Wetgevend zijn de mogelijkheden in ruime mate voorhanden, maar het komt erop aan deze bestaande mogelijkheden nog beter aan te wenden en daartoe de nodige middelen en personeel ter beschikking te stellen.

Samenwerking tussen justitie en hulpverlening dient te steunen op terreinafbakende samenwerkingsprotocollen en moet op wederzijdse erkenning gebaseerd zijn. Hierbij dient men rekening te houden met de vertrouwensrelatie tussen cliënt(e) en hulpverle(e)n(st)er en dus het beroepsgeheim van deze laatste.

Op het **federale niveau** moet er een coherent systeem worden uitgebouwd waarin alle voorzieningen die hulp verlenen aan drugverslaafden worden beschreven. Voor elke voorziening moet bepaald worden welke de finaliteit is en aan welke normen de voorzieningen dienen te voldoen. Op basis daarvan moet een evenwichtige uitbouw van de drughulpverlening over de diverse echelons plaatsvinden.

Op **regionaal niveau** dienen de verschillende instellingen een onderling op elkaar afgestemd netwerk te ontwikkelen, en dit door middel van doelgroepafbakening, deelname aan overleg en doorverwijzing en samenwerking.

2.5.2. Risicobeperking

De nulde en eerste lijn dienen verder te worden uitgebouwd. De nadruk op de uitbouw van de nulde en eerste lijn is gesteund op de overweging dat risicogedrag veelal voorkomt bij gemarginaliseerde druggebruik(st)ers die geen of weinig contact hebben met de hulpverlening. Dit risicogedrag situeert zich niet enkel op het vlak van de volksgezondheid, maar tevens naar vormen van druggerelateerde criminaliteit en overlast toe. Bovendien kan laagdrempelige drughulpverlening een surplus betekenen als schakel en katalysator voor een betere regionale netwerkvorming.

De ontwikkeling van **harm reduction** initiatieven moet worden gestimuleerd. Zij hebben als doel de negatieve gevolgen van excessief druggebruik te beperken. Hierbij moet de aandacht gaan naar substitutieprogramma's, naar medische en psychologische begeleiding en naar programma's voor de bevordering van sociale integratie door tewerkstelling en zinvolle vrijetijdsbesteding.

Men dient steeds rekening te houden met het feit dat druggebruik samengaat met individuele en sociale problemen : het aanpakken van de verslaving op zich is niet efficiënt als niet ook de **onderliggende problematiek** wordt aangepakt. In die zin is multidisciplinariteit zeer belangrijk.

Een soepele **financiering** van deze laagdrempelige hulpverlening moet ervoor zorgen dat de doelgroep (vaak niet-verzekerden) daadwerkelijk wordt bereikt.

Bij de **methadonbehandeling** dienen **hulpverle(e)n(st)ers van de eerste lijn** (huisartsen, psychiaters, apothekers en gezondheidscentra) te worden betrokken. De voorwaarde hiervoor is evenwel dat huisartsen een degelijke

vorming krijgen, dat er ondersteuning komt vanuit gespecialiseerde centra (bijvoorbeeld huisartsen inschakelen in de regionale antennes van de MSOC's) en dat een centraal beheerd registratiesysteem wordt uitgebouwd. Bij **de registratie van methadonverstrekking** moet het privé-leven van de betrokkenen en het beroepsgeheim van de hulpverleners gevrijwaard blijven (gerechtelijke en politiediensten krijgen geen wettelijke toegang tot het systeem). De registratie is enerzijds bedoeld om epidemiologische gegevens op te leveren die kunnen bijdragen tot het ontwikkelen van een beleid dat steunt op actuele tendensen, en anderzijds om ernstige gezondheidsrisico's (methadonshopping) te vermijden.

2.6. REPRESSIE

2.6.1. De drugproductie en de drughandel

— De drugproductie

België dient zich maximaal in te schakelen in het **Europees drugbeleid**.

Het afremmen van de groeiende productie van legale en illegale drugs vereist een internationaal beleid, dat **politieke, economische, sociale en gezondheidsoverwegingen integreert**.

Om de economische afhankelijkheid van drugproductie tegen te gaan is er nood aan een structureel economisch ontwikkelingsbeleid dat de **substitutieteelten** actief promoot.

De internationale verdragen met betrekking tot het verbod van de vrije handel in **precursoren** dienen strikt nageleefd.

Als belangrijke producent van **psychotrope medicatie** dient België het voortouw te nemen in de beperking van de productie van de legale drugs tot hun nut voor de volksgezondheid.

— De drughandel

België heeft alle belang bij een **performante internationale samenwerking**, inzonderheid op het niveau van de Europese Unie. **Europol** biedt op dit punt perspectieven. Op nationaal niveau is een inhaalbeweging nodig op het vlak van **de ratificatie van de rechtshulpverdragen**. Daarnaast dient het rechtshulpinstrumentarium geautomatiseerd te worden en moet de nationaal magistraat beter omkaderd zijn. De strafrechtshandhaving dient geoptimaliseerd door een **aantal wetgevende initiatieven** en door een **aanpassing van het straffenarsenaal**.

Op het vlak van **het drugtoerisme** wordt gepleit voor een geïntegreerde, grensoverschrijdende aanpak, onder andere via het driehoeksoverleg.

Op het vlak van **de lokale drugoverlast** is er nood aan een geïntegreerd lokaal drugbeleid dat alle sectoren (sociale sector, hulpverlening, politie, justitie, bestuurlijke overheid) verenigt. De justitiehuisen kunnen hierin een rol spelen. Het is wenselijk de mogelijkheden van de burgemeester inzake bestuurlijke handhaving te verruimen.

2.6.2. Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel

— Opsporing en vervolging

De strafrechtelijke interventie is ten aanzien van de druggebruik(st)er steeds het **ultimum remedium**. Dit betekent dat het optreden van het repressieapparaat slechts zinvol wordt geacht indien door de druggebruik(st)er **misdrijven werden gepleegd die de maatschappelijke ordening verstoren**. De aard van deze strafrechtelijke interventie wordt bepaald door de **zwaarwichtigheid van de feiten** en de **individuele toestand van de betrokkene**. In de eerste plaats zullen (problematische) druggebruik(st)ers die in contact komen met politie of justitie georiënteerd moeten worden naar de **hulpverlening**. Buiten specifieke risicosituaties, zoals middelengebruik in het verkeer, is druggebruik op zich geen reden tot een strafrechtelijke interventie.

Het bezit van **illegale drugs** blijft strafbaar.

Een **onderscheid** dient te worden gemaakt tussen de **detailhandel uit louter winstbejag** en de **detailhandel die druggebruik(st)ers bedrijven** om in hun eigen gebruik te voorzien. In het eerste geval dient men de detailhandel te beschouwen als een essentiële schakel van het drughandelnetwerk. De aanpak dient identiek te zijn aan deze van de groothandel. In het tweede geval (het dealen voor eigen gebruik) is het aangewezen om de brede waaier van mogelijkheden aan te spreken waarover het strafrechtsbedelingsstelsel beschikt (onder meer doorverwijzings-

mogelijkheden). Op dit punt stelt zich de nood aan een geïntegreerd beleid waarbij het hulpverleningsaanbod eveneens dient te zijn afgestemd op de noden van de strafrechtsbedeling en er in de onderscheiden fasen van de strafrechtsbedeling bruggen zijn om deze beleidsafstemming te operationaliseren.

Er dient een **onderscheid** te worden gemaakt tussen het bezit met het oog op eigen gebruik van **cannabisproducten** en **andere illegale drugs**. Aan het bezit van cannabis met het oog op eigen gebruik dient de **laagste strafrechtelijke prioriteit** te worden gegeven. Bij bezit met het oog op eigen gebruik van illegale drugs, andere dan cannabis, is het aangewezen te vervolgen indien er sprake is van **maatschappelijke overlast** of indien het risico daartoe reëel aanwezig is of indien de betrokkene een **problematisch** gebruik(st)er is.

Iemand die te kampen heeft met verslavingsproblemen en zich schuldig heeft gemaakt aan **druggerelateerde misdrijven** dient in de mate van het mogelijke via alternatieve afhandelingsmodaliteiten te worden bestraft (opgevangen).

— Straftoemeting

Vermeden moet worden dat **druggebruik(st)ers** die geen misdrijf hebben gepleegd in de **gevangenis** terechtkomen. De gevangenis is trouwens **niet de aangewezen plaats** om **drugverslaafden** te behandelen. De gevangenis is immers primair gericht op beveiliging van de samenleving.

Vandaar dat (verslaafde) druggebruik(st)ers in de mate van het mogelijke moeten kunnen genieten van **probatiemaatregelen**, indien vervolging noodzakelijk is.

2.6.3. Penitentiair beleid

Algemeen dient een **penitentiair drugbeleid** te worden ontwikkeld dat helpt te voorkomen dat personen die in de gevangenis zitten drugs gebruiken. Drugverslaafde gedetineerden dienen toegang te krijgen tot **substitutiebehandelingen**.

De functie van de gevangenis is gericht op de **beveiliging van de samenleving**. De gevangenis kan maar een beperkte rol spelen in de opvang van personen met verslavingsproblemen.

De grote aantallen personen met drugproblemen **hypothekeken elk strafuitvoeringsbeleid** in de gevangenis. Gegeven de beperkte omkadering en de grote *case-load* van de deskundige begeleid(st)ers in de gevangenis, dient een beroep te worden gedaan op **het externe hulpverleningsaanbod** voor de behandeling van personen met verslavingsproblemen. Een duidelijke wettelijke regeling moet onder andere bepalen wie de verantwoordelijkheid draagt voor de medisch-therapeutische behandeling.

Een therapeutische relatie die werd opgebouwd tijdens de detentie kan nadien worden voortgezet, onder meer door gebruik van de **diverse modaliteiten van de tenuitvoerlegging van de straf en van de onderbreking van de strafuitvoering**. De capaciteit van de **drugsvrije afdeling** dient drastisch te worden opgevoerd.

3. STAND VAN ZAKEN

Het universteitsrapport « Het Belgisch Drugbeleid anno 2000 : een stand van zaken » van de professoren B. De Ruyver (Universiteit Gent) en J. Casselman (Katholieke Universiteit Leuven) inventariseerde welke aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs, die op 5 juni 1997 verslag uitbracht in de Kamer (Parl. St., Kamer, 1996-1997, n^os 1062/1 tot 1062/3), reeds werden gerealiseerd. Dit hoofdstuk is gebaseerd op het genoemde universiteitsrapport.

3.1. EEN GEÏNTEGREERDE, GLOBALE BENADERING

3.1.1. Algemeen

In het algemeen kan worden besloten dat er **van een afgestemd beleid nog te weinig sprake is, ondanks een zekere vooruitgang** op bepaalde gebieden.

3.1.2. Verticale beleidsafstemming

Op het gebied van het **algemeen beleid** (volksgezondheid, justitie, sociale zaken) blijkt een degelijke beleidsafstemming tussen alle bevoegde ministers van de gemeenschappen en de federale overheid niet tot stand te zijn gekomen. De Interministeriële Conferentie is welgeteld eenmaal samengekomen. De Kamer van volksvertegenwoordigers heeft een **resolutie** gestemd waarin wordt aangedrongen op de oprichting van een « **Cel Drugbeleid** », met daarin vertegenwoordig(st)ers van alle federale en andere bevoegde beleidsdepartementen.

Op het gebied van de **preventie** is het landschap wel grondig gewijzigd. Nochtans maakt dat bij gebrek aan een eenduidig beleid verschillende initiatieven worden genomen die los staan van elkaar met eigen, specifieke doelstellingen. In de **Vlaamse Gemeenschap** werd een duidelijke coördinatiestructuur uitgetekend die de samenwerking en afstemming tussen de verschillende preventieniveaus moet garanderen. Het ontbreekt deze verschillende coördinatiestructuren evenwel aan een formeel mandaat om die afstemming te realiseren. Sinds het nieuwe decreet op de promotie van de volksgezondheid bestaat in de **Franstalige Gemeenschap** geen officiële coördinatie meer op het vlak van de preventie op gemeenschapsniveau. De coördinatie gebeurt op lokaal vlak, gedecentraliseerd, door de lokale gezondheidscentra.

Nog steeds is er een gebrekkige aansluiting tussen de **justitiële verwijzers en de algemene en categoriale hulpverlening**. Het aanbod van de hulpverlening blijft onvoldoende bekend.

Heden ten dage bestaan er diverse werkgroepen die verscheidene actoren rond de tafel brengen; maar vaak hebben zij geen beslissingsbevoegdheid. Als er nu reeds overleg bestaat in het drugveld en men in bepaalde gevallen tot een constructief resultaat kan komen, is dit hoofdzakelijk te danken aan bepaalde sterke persoonlijkheden en niet aan structurele initiatieven. Een inventarisatie van de overlegstructuren bestaat niet.

3.1.3. Horizontale beleidsafstemming

Dat bepaalde steden aan **een constructieve uitbouw van het overleg** aan het werken zijn, mag in de verf worden gezet. Dit gebeurt zowel op het vlak van de uitwerking van een beleidsplan als op het vlak van het afstemmen van de betrokken actoren in de hulpverlening en preventie. Antwerpen met het Stedelijk Overleg Drugs (SODA) is hier koploper. Maar ook Genk (Limburgs Luik Drugplan), Gent (Stuurgroep Drugbeleid), Brugge (Drugoverlegplatform Brugge), Aalst (Regionaal Drugoverlegplatform), Charleroi (Coordination drogue), Luik (Coordination des actions en toxicomanie), Mechelen (Drugpreventieplatform Mechelen) ontwikkelen een lokaal beleid waar alle partners bij betrokken zijn. Het uitwerken van een lokaal drugbeleid en een Strategisch Plan Drugs past perfect in de filosofie van de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs en behoeft van alle betrokken overheden verdere ondersteuning. Deze vergaderingen moeten door het beleid daadwerkelijk worden **ondersteund**.

3.1.4. Financiering

Nog steeds is er een **grote verscheidenheid in financieringsbronnen**. Drugprojecten worden gesubsidieerd door Sociale Zaken (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, RIZIV), Volksgezondheid, Binnenlandse Zaken (veiligheids- en samenlevingscontracten) en de deelregeringen.

Deze verscheidenheid bevordert **de overzichtelijkheid** niet. Een poging om zicht te krijgen op wie wat financiert, leert ons vooral dat het door de DWTC uitgeschreven onderzoek naar « het beleid ten aanzien van illegale drugs, betrokken diensten, kostprijs en betrokken populatie van gebruikers » dringend nodig is. Dit onderzoek start pas in 2001. Het onderstaande overzicht is dan ook zeer rudimentair en onvolledig. Bepaalde cijfers zijn onbetrouwbaar. Een uniforme, degelijke registratie is dringend noodzakelijk. We mogen wel met vrij grote zekerheid stellen dat het RIZIV, zoals verwacht, de belangrijkste financieringsbron is.

FINANCIERING VAN DE VERSLAVINGSZORG : GLOBAAL OVERZICHT

Psychiatrische ziekenhuizen, Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, Psychiatrische verzorgingstehuizen en Beschut Wonen (cijfers voor 1998 : « middelengerelateerde stoornis » als hoofddiagnose) :

Totaal : 2 735 000 432 Belgische frank

— Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen :

Totaal : 665 805 954 Belgische frank (= 12 814 behandelingen * 10 ligdagen * 5 511 Belgische frank (ligdagprijs))

— Psychiatrische Ziekenhuizen :

Totaal : 1 866 225 582 Belgische frank (= 15 522 behandelingen * 27 ligdagen * 4 453 Belgische frank (ligdagprijs))

— *Psychiatrische Verzorgingstehuizen* :
Totaal : 122 355 896 Belgische frank (= 152 behandelingen * 247 ligdagen * 3 259 Belgische frank (ligdagprijs))

— *Beschut Wonen* :
Totaal : 80 613 000 Belgische frank (= 568 behandelingen * 175 ligdagen * 811 Belgische frank (ligdagprijs))

RIZIV-conventies (cijfers voor 1999)
Totaal : 908 892 600 Belgische frank

— 659 250 102 Belgische frank voor de residentiële centra (8 crisisinterventiecentra en 14 therapeutische gemeenschappen)
— 249 642 498 Belgische frank voor de ambulante centra (8 MSOC's en 6 dagcentra)

De residentiële centra behandelden 1 134 patiënten. De ambulante centra behandelden 3 248 patiënten (waarvan 2 672 in de MSOC's). 477 patiënten werden zowel residentieel als ambulant behandeld in 1999.

Huisartsen
Totaal : onbekend

Globaal plan (cijfers voor 2000)
Totaal : 314 669 400 Belgische frank

— 67 500 000 Belgische frank voor drugcontracten en luiken drugs uit de preventiecontracten (16 in Vlaanderen, 12 in Wallonië, 1 in Brussel)
— 247 169 400 Belgische frank voor de luiken drugs uit de veiligheids- en samenlevingscontracten (11 in Vlaanderen, 5 in Wallonië, 6 in Brussel)

Vlaamse Gemeenschap (cijfers voor 2000)
Totaal : 92 600 000 Belgische frank

— 77 600 000 Belgische frank : VAD-coördinatie en uitbesteding van projecten
— 15 000 000 Belgische frank : provinciale preventieplatforms (6 * 2 500 000)

VSPP (cijfers voor 1999)
Totaal : onbekend (totaal budget voor alle opdrachten : 104 800 000 Belgische frank)

Franse Gemeenschap (cijfers voor 2000)
Totaal : 50 miljoen Belgische frank

Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (cijfers voor 2000)
Totaal : 20 miljoen Belgische frank + een onbekend bedrag

— 20 miljoen Belgische frank : CGG-convenanten rond regionale afstemming (alcohol en andere drugs)
— 1,27 miljard Belgische frank : globaal budget CGG-erkenningen, waaronder 10 drugpreventiewerkers

Waalse Gewest (cijfers voor 2000)
Totaal : 50 miljoen Belgische frank

Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Totaal : onbekend

Reitox (Europese epidemiologie, cijfers voor 2000)
Totaal : 12 293 000 Belgische frank

Waarvan :
2 127 000 Belgische frank door het Europees Waarnemingscentrum
10 166 000 Belgische frank door de gemeenschappen

Franse Gemeenschapscommissie
Totaal : onbekend

Duitstalige Gemeenschap (cijfers voor 2000)
Totaal : 6 900 000 Belgische frank

— ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung/asbl prévention primaire de drogues) : 3,7 miljoen Belgische frank
— SPZ (Sozial-Psychologisches Zentrum/centre de santé mentale, prévention secondaire) : 2,8 miljoen Belgische frank
— Mondorfer Gruppe/groupe de travail Mondorf de la région Saar-Lor-Lux : 0,4 miljoen Belgische frank

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (cijfers voor 2000)
Totaal : 6 475 00 Belgische frank (Concertation Toxicomanie Bruxelles — Overleg Druggebruik Brussel)

We beschikken niet over cijfers omtrent de financiering van de overige verslavingszorg (OCMW's, jongerenadviescentra, centra voor algemeen welzijnswerk, bijzondere jeugdbijstand, provincies, gemeentes, Sociaal Impulsfonds, en vele andere actoren)
We beschikken op dit moment over geen enkel cijfer omtrent de kost van de strafrechtelijke reactie op druggebruik (politie en justitie).

Kortlopende financieringsmiddelen (zoals de veiligheids- en samenlevingscontracten, die jaarlijks dienen te worden geëvalueerd) maken dat er geen langetermijnvisie en geen continuïteit ontwikkeld wordt en dat deze projecten geen aantrekkelijke jobs inhouden. Bovendien gelden voor de **verschillende financieringen verschillende evaluatiecriteria**.

De financiering wordt hoofdzakelijk onder **de steden** verdeeld. Deels terecht aangezien daar de grootste problemen te situeren zijn, deels onterecht aangezien ook niet-stedelijke gebieden niet over het hoofd mogen worden gezien, zeker in het licht van de ontrading en de preventie.

3.2. EVALUATIE/EPIDEMIOLOGIE

Er werden weinig onderzoeksinitiatieven genomen (die aan de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep tegemoet komen) om een zicht te krijgen op het gebruik van **illegale drugs**. We kunnen hier twee onderzoeken vermelden : enerzijds een doctoraatstudie aan de KU Leuven naar cocaïnegebruik(st)ers in het Antwerpse, die voornamelijk tegemoetkomt aan de eis van de kwalitatieve benadering, en anderzijds een studie naar de gezondheid van jongeren die voor Vlaanderen uitgevoerd wordt door de Universiteit Gent (UG), afdeling Maatschappelijke Gezondheidskunde, en voor Wallonië door de *Université libre de Bruxelles* (ULB). Dit laatste onderzoek wordt regelmatig herhaald en peilt onder andere naar het gebruik van legale en illegale drugs. Het onderzoek maakt deel uit van een internationale studie, « *Health Behaviour in Schoolaged Children* », uitgevoerd onder toezicht van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Zulke initiatieven zijn zeker aan te moedigen.

In België werd het IHE, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (nu WIV, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid), aangesteld als **focal point voor het Europese Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** (EMCDDA). In praktijk zijn het de *subfocal points* die instaan voor de verzameling van bestaande epidemiologische gegevens. Het *subfocal point* voor Vlaanderen is de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Het *subfocal point* voor de Franse Gemeenschap is het *Comité de Concertation Alcool et Drogues* (CCAD), nu vervangen door Eurotox. Het *subfocal point* voor Brussel is de *Concertation Toxicomanie Bruxelles* — Overleg Druggebruik Brussel (CTB-ODB). En het *subfocal point* voor het Duitstalige landsgedeelte is de *Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung* (ASL).

Financiering van onderzoeken gebeurt eerder op een *ad hoc* basis, door een veelheid van instanties (ministeries, universiteiten, plaatselijk initiatief) en meestal door niet-gouvernementele instituten. De onderzoeken zijn vaak van beperkte duur en hebben een variabele wetenschappelijke waarde.

Op het vlak van de registratie van **problematisch druggebruik** kunnen we enkele initiatieven vermelden die werden genomen om binnen de hulpverlening tot uniforme registratie te komen.

Naar analogie van de **Minimale Psychiatrische Gegevens** (MPG), het registratiesysteem van de psychiatrische ziekenhuizen in België, wordt specifiek voor druggebruik(st)ers een registratieformulier ontworpen aan de hand waarvan patiëntgegevens worden geregistreerd bij de opname, tijdens het verblijf en bij het ontslag, de **Minimale Toxicomanie Gegevens** (MTG), wat een evaluatie van de effecten van de behandeling mogelijk moet maken. Er dient hierbij rekening te worden gehouden met de recente vernietiging door de Raad van State van het koninklijk besluit over de MPG-registratie.

De **VAD** coördineert de Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM, registratie van individuen in de drughulpverlening), een project dat zijn oorsprong vond in de Drugnota van mevrouw Demeester. Het poogt de bestaande registratiesystemen van verschillende groepen van voorzieningen te integreren in het nieuwe systeem aan de hand van de variabelenset van de VAD. Het doel van dit geïntegreerd registratiesysteem is zicht te krijgen op de kenmerken van de populatie in de hulpverlening. Dit systeem ging van start in 1996. De gegevens tot 1998 zijn momenteel beschikbaar. Nog niet alle voorzieningen nemen aan deze uniforme registratie deel.

Andere registratiesystemen zijn Adibru (Brussel), *Fiche Commune du CCAD* (Franse Gemeenschap) en Ginger (Vlaamse preventieprojecten).

Op **lokaal niveau** is er onder andere het lopend onderzoek van SODA, dat een uniforme registratie uitwerkt voor vier drughulpverleningsinstellingen in de stad Antwerpen.

Wat de **bundeling** van de beschikbare epidemiologische gegevens op nationaal vlak betreft, is er heel wat achterstand. De pogingen tot **uniforme registratie** bevinden zich in de kinderschoenen.

3.3. PREVENTIE, SENSIBILISERING EN RISICOBEBEERSING

3.3.1. Algemeen

Nationaal en internationaal constateren we een **overwicht in bezorgdheid omtrent illegale drugs**, terwijl het gebruik van legale drugs nog steeds meer gezondheids- en welzijnsproblemen veroorzaakt dan het gebruik van illegale drugs.

België telt 28 % dagelijkse **ro(o)k(st)ers**. Dit is 2 % meer dan in 1998. In mei 2000 was er een nieuwe **anti-rookcampagne** via de apothekers, waarbij stoppers een reis naar Kenia of een aanzienlijke geldprijs konden winnen. Deze campagne werd georganiseerd door de Algemene Pharmaceutische Bond (*Association Pharmaceutique belge*) en de Wereldgezondheidsorganisatie, met de steun van de farmaceutische industrie.

De **consumptie van alcohol daalt** sinds 1985 en bedroeg in 1997 8,9 liter pure alcohol per Belg. De Belgen staan hiermee dertiende op de wereldranglijst. 8 procent van de Belgen dronk in 1997 **dagelijks** alcohol. 17,7 procent van de Belgen dronk in 1997 minstens één keer per maand **zes of meer glazen alcohol op een dag** (wat door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt gedefinieerd als alcoholmisbruik).

Zeker in de loop van de jaren negentig kende de preventie van alcohol- en andere drugproblemen een **duidelijke professionalisering**, alhoewel we op dit vlak nog steeds dezelfde knelpunten vaststellen, met name een overwicht van de aandacht voor preventie van illegale drugs tegenover legale drugs (en dan voornamelijk naar jongeren toe); problemen omtrent de evaluatie van de effectiviteit van diverse preventiestrategieën; problemen met de coördinatie op beleidsniveau en gebrek aan stabiliteit en continuïteit voor preventiewerk(st)ers. Verschillende initiatieven werden genomen op federaal niveau, op gemeenschapsniveau, op het niveau van de provincies en op lokaal niveau. De **werkprincipes** van het huidig preventiewerk zijn gebaseerd op modellen uit de categoriale alcohol en andere drughulpverlening, de gezondheidsvoorlichting en -promotie en het welzijnswerk. Deze stromingen werden gesynthetiseerd in het VAD-Preventiewerk, dat uiteindelijk geleid heeft tot een globale visietekst (1990), waarin een globale aanpak, de intermediair als expliciete doelgroep van het preventiewerk, de autonomie van het individu, de participatie van de doelgroep en een planmatige aanpak centraal staan. Een analoge evolutie deed zich voor in het Franstalig landsgedeelte, meer bepaald in de schoot van het CCAD (nu vervangen door Eurotox).

Primaire preventie (het voorkomen van problemen als gevolg van druggebruik) heeft nog steeds het overwicht, terwijl er weinig aandacht wordt besteed aan **secundaire preventie** (het vroegtijdig opsporen en begeleiden van personen met een verhoogd risico op problemen ten gevolge van druggebruik).

Onder meer de verdere uitbouw van het straathoekwerk betekent een evolutie op het vlak van secundaire preventie ten aanzien van bepaalde **risicogroepen**, zoals jongeren binnen gemarginaliseerde buurten. De straathoekwerkers die verbonden zijn aan de gespecialiseerde dagcentra worden hoe langer hoe meer gegroepeerd onder stedelijke bevoegdheid, waardoor de specialisatie vaak verloren gaat. Wat jongeren in het uitgangleven betreft, stelde het Actieplan Toxicomanie-Drugs reeds in 1995 een programma voor ter bestrijding van het recreatief (legaal en illegaal) druggebruik. Uitgezonderd een initiatief van het Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid (VSPP) in 1997 en enkele bestaande lokale straathoekwerkprojecten, wordt hieromtrent weinig ondernomen. Het VSPP-project werd trouwens niet voortgezet aangezien het programma zoals voorgesteld in het Actieplan niet de meest adequate aanpak bleek te zijn.

De ontwikkeling van **harm reduction** initiatieven bleef grotendeels beperkt tot de oprichting van de MSOC's voor druggebruik(st)ers. *Harm reduction* verdient evenwel een plaats op alle echelons van de hulpverlening (van straathoekwerk tot therapeutische gemeenschap).

3.3.2. Jongeren

Door sommige drughulpverleningsdiensten wordt vastgesteld dat de **beginleeftijd** waarop jongeren met drugs in contact komen daalt. Jongeren zouden vandaag voor het eerst in contact komen met illegale drugs vanaf 13 jaar, soms zelfs 11 jaar.

Het drugbeleid inzake jongeren spitst zich in hoofdzaak toe op **preventie**. Preventie wordt enerzijds georganiseerd door de **gemeenschappen**, anderzijds door middel van de **veiligheids- en samenlevingscontracten**. Hierbij wordt gewerkt aan schoolreglementen, afspraken met politie en parket, en het opleiden van jeugdadviseurs (*peer-education*).

Wat betreft het **verhogen van de beginleeftijd** van het gebruik, merken we op dat de meeste preventie-initiatieven erop gericht zijn om jongeren het druggebruik te ontraden. De preventie van het gebruik van legale en illegale drugs ten aanzien van **volwassenen** gebeurt te weinig. In België betreffen de meest gesubsidieerde acties **preven-**

tie in het middelbaar onderwijs (naast de hulpverlening voor volwassenen). Preventieprojecten voor het lager onderwijs bestaan al jaren, maar worden niet altijd voldoende gesteund.

3.3.3. Psychoactieve geneesmiddelen

Het gebruik van **psychoactieve geneesmiddelen**, zowel door jongeren als door volwassenen, verdient meer aandacht. De productie van deze middelen (stimulerende middelen, kalmeermiddelen, slaapmiddelen) blijft onverminderd op peil. De implementatie van de aanbeveling van de werkgroep « drugs » — het beperken van de productie van psychotrope medicatie tot hun meerwaarde voor de volksgezondheid — is tot op heden **niet echt gebeurd**. Er werden wel een aantal initiatieven genomen om misbruik te verminderen (bijvoorbeeld voor Rohypnol : het strafbaar stellen van het loutere bezit zonder voorschrift, het verbieden van de grote dosissen, het verplicht toevoegen van een kleurstof). De commerciële reclame voor psychoactieve geneesmiddelen is zeer beperkt en daarenboven grondig gereguleerd.

3.3.4. Smart drugs

In België wordt de bevolking nog niet uitvoerig ingelicht omtrent de effecten van **smart drugs**. Het « koninklijk besluit van 29 augustus 1997 betreffende de fabricage van en de handel in voedingsmiddelen die uit planten of uit plantenbereidingen samengesteld zijn of deze bevatten » verbiedt het gebruik van een aantal planten (die vaak gebruikt werden in de zogenaamde *smart drugs*), omdat zij « de gezondheid van de verbruikers ernstig kunnen schaden ». De **Algemene Eetwareninspectie** voert sporadisch controles uit. Ook de ambtenaren van de **Algemene Farmaceutische Inspectie** zijn belast met het toezicht op de naleving van de bepalingen van het koninklijk besluit. **Nederlands onderzoek** wijst uit dat de *smart drugs* vaak worden geconsumeerd door gebruik(st)ers van illegale drugs. Het **aantal verkooppunten** van *smart drugs* lijkt te zijn **gedaald**.

3.3.5. Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag

De **campagnes omtrent de invloed van drugs op het rijgedrag** spitsten zich voornamelijk toe op het gebruik van alcohol. Getuige hiervan zijn de « VODKA »- en « BOB »-campagnes. Voornamelijk het « BOB »-concept blijkt zijn effect te ressorteren.

Op 9 april 1999 is **de wet van 16 maart 1999** tot wijziging van de wegverkeerswet in voege getreden. Deze wet stelt het gebruik van cannabis, amfetamines en designer amfetamines, morfine en cocaïne achter het stuur strafbaar. Het wettelijk bepaalde betekent echter niets zonder de praktische toepassing ervan en het is juist deze toepassing die nu al vragen oproept. Deze vragen werden geformuleerd door de werkgroep « Middelengebruik en verkeersveiligheid » op het nationaal congres « Drugbeleid 2000 » van 26 en 27 oktober 1999 te Gent. Men dient werk te maken van **onderzoek** naar de effecten van het gebruik van zowel legale als illegale drugs op het rijgedrag. Dit is trouwens een belangrijk beleidspunt van het Europees Drugsobservatorium. In dit verband kunnen we het Europees project *Road Side Testing Assessment* (ROSITA) vermelden, dat in 1999 werd opgestart en dat de ogenschijnlijk eenvoudige *screening* van drugs langs de weg kritisch en op een wetenschappelijk verantwoorde manier wil evalueren. Naast de repressieve aanpak dient er meer ruimte te komen voor een **preventieve aanpak** van dit probleem.

3.4. ZORGVERLENING, RISICOBEPERKING EN HERINTEGRATIE

3.4.1. Algemeen

Men dient er zich van bewust te zijn dat het **problematisch gebruik** van zowel legale als illegale drugs in verhouding slechts een klein percentage bedraagt van het **gebruik** bij de totale bevolking.

Bovendien moet men er zich rekenschap van geven dat het **meervoudig gebruik** van legale en illegale middelen steeds meer voorkomt. Het is van groot belang dat hulpverlening en preventie zich richten op dit meervoudig gebruik. Dit vereist ook grondig onderzoek.

Het verschil tussen gebruik en problematisch gebruik is steeds gelinkt aan een andere destabiliserende factor zoals een problematische persoonlijkheid en/of een problematische leefomgeving. Het blijft uiterst belangrijk om hulpverlening en preventie niet enkel op het gebruik te richten, maar meer nog op **de samenhangende problematiek** op medisch, psychologisch en sociaal vlak.

De **hulpverleningscapaciteit** voor druggebruik(st)ers heeft in België de laatste tijd een expansie gekend. Naast het uitbreiden van bestaande initiatieven, werden ook nieuwe initiatieven, onder meer voor laagdrempelige hulpverlening (MSOC's), genomen. Dit was voornamelijk mogelijk door bijkomende financiering vanuit de gezondheidssector (RIZIV) en via de veiligheids- en samenlevingscontracten. Coördinatie van de verschillende initiatieven blijft moeilijk, onder meer door het gebrek aan een globaal drugbeleid en wegens de disparate financiering.

België beschikt dus over een **brede waaier van voorzieningen** op de diverse echelons van de hulpverlening. De spreiding over de verschillende echelons en geografisch is vrij ongelijk. Laagdrempelige hulpverlening (zoals straathoekwerk en *harm reduction*) is nog steeds ondervertegenwoordigd.

Een knelpunt is de soms **gebrekkige afstemming tussen de ambulante en residentiële hulpverlening**. Voor acute drugproblemen is er een dringende nood aan extra capaciteit voor residentiële crisisopvang.

Het werk dat op verschillende plaatsen gemaakt wordt van **overleg** tussen de drughulpvoorzieningen verdient aanmoediging en uitbreiding. De uitbouw van een **coherent systeem** waarin alle drughulpvoorzieningen worden beschreven, bestaat op federaal niveau vooralsnog niet.

De inbedding van de gespecialiseerde hulpverlening in het **algemeen netwerk** van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen — voornamelijk de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de huisartsen — verloopt op de meeste plaatsen vlotter dan voorheen. Men constateert immers een grotere toegankelijkheid van de algemene medische en sociale voorzieningen voor druggebruik(st)ers als gevolg van het feit dat er in deze sectoren heel wat bijscholing is verricht. Daardoor wordt niet langer de voorwaarde van abstinentie (fysieke ontwenning) gesteld om toegang te krijgen tot onderdak, een uitkering of een opleiding. Nochtans zijn hierin regionale verschillen te onderkennen. Netwerkontwikkeling dient bijgevolg blijvend aandacht te krijgen.

Een pijnpunt blijft nog steeds de **samenwerking tussen hulpverlening en justitie** in het kader van de hulpverlening bij gerechtscliënten. Meer en meer vertoont de drughulpverlening op alle mogelijke echelons raakvlakken met justitie. De geheimhoudingsplicht van hulpverl(e)en(st)ers (artikel 458 van het Strafwetboek) in de interactie justitie-hulpverlening dient duidelijk omschreven te worden. Vanuit de hulpverlening worden enkele uitgangspunten geformuleerd : de cliënt(e) moet weer centraal gesteld worden (maatregelen dienen meer in samenspraak met de cliënt(e) en zijn/haar omgeving te worden opgelegd), er moeten duidelijke richtlijnen komen voor hulpverl(e)en(st)ers die worden aangesteld in het kader van de preventie- en veiligheidscontracten, er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen hulpverleningsactiviteiten vanuit een welzijnsoptiek enerzijds en vanuit een veiligheids-optiek anderzijds en er moeten protocollen opgesteld worden over de juiste inhoud van de informatie die gerapporteerd dient te worden aan justitiële instanties. Zulke **protocollen** werden bijvoorbeeld reeds uitgewerkt door de Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen-Limburg (CAD), in samenspraak met de plaatselijke justitiediensten, om tot een vlotte samenwerking te komen zonder dat daarbij de geheimhoudingsplicht van de hulpverleners in het gedrang komt.

Bij politie en justitie merkt men een toenemend besef dat men, inzonderheid bij problematisch middelengebruik, weinig geholpen is met een exclusief strafrechtelijke bejegening. De **ultimum remedium-filosofie** wint veld alhoewel afwijkende opvattingen nog steeds voorkomen en het duidelijk is dat vooral in de grote steden de strafrechtshandhavers het meest geneigd zijn om zich te wenden tot de drughulpverlening.

De **justitieuhuizen** vervullen in toenemende mate een **verbindingsrol** in de relatie tussen de strafrechtsbedeling en de drughulpverlening. Vermits het netwerk van justitieuhuizen en ook hun operationeel kader nog beperkt is, zijn ze momenteel nog niet in staat om de aanbeveling van de werkgroep « drugs » (namelijk te zorgen voor een snelle justitiële afhandeling in geval van drugoverlast) waar te maken.

De grootste knelpunten situeren zich op het vlak van **de hulpverlening aan jongeren**. Er is **onvoldoende overleg en een te groot verschil in methodiek en klinisch werken** binnen de drughulpverlening enerzijds en tussen de drughulpverlening en de overige jeugdwerking anderzijds. Er ontbreekt tevens een **multidisciplinaire, intersectoriële trajectbegeleiding**, hetgeen overigens niet alleen geldt voor het thema drugs. Een **trajectbegeleid(st)er** zou een jongere en zijn/haar familie moeten kunnen volgen op een traject doorheen de gezondheidszorg.

De opvang van jongeren in de scholen is dankzij de hoger beschreven preventieprojecten (sensibilisering en het uitwerken van schoolreglementen en schoolbeleid) sterk verbeterd. Nochtans worden druggebruikende jongeren in sommige **niet-categoriale organisaties** (scholen, internaten, ziekenhuizen, en andere) nog steeds geweerd. Veelal wordt « te onmiddellijk » gereageerd op wat men ziet of uiterlijk vaststelt. Te weinig wordt gezocht naar de onderliggende reden van het actuele gedrag. Indien de instelling of organisatie geen oplossing vindt of de eigen methodieken uitgeput zijn, doet men soms te vlug een beroep op de drughulpverleningscentra. Instellingscarrières worden hierdoor geïnstalleerd en in stand gehouden.

Niet alleen reguliere organisaties waken jongeren met een drugproblematiek, ook **drughulpverleningsinstellingen** hanteren criteria om jongeren al dan niet toe te laten. Wanneer een antwoord op een hulpvraag (meestal een crisisvraag) nodig is, botsen jongeren met een drugproblematiek dikwijls op een muur. Want dan blijkt er een wachtlijst te zijn, het team moet eerst nog besprekingen voeren, het profiel van de jongere past niet, ... Jongeren en hun ouders worden teveel en te lang van het kastje naar de muur gestuurd. De problematiek glijdt af en vele kansen worden gemist, die later in veel moeilijkere omstandigheden opnieuw moeten worden opgenomen. Tenslotte is het bestaan van de zogenaamde « **zwarte lijst** » een cruciaal probleem, net zoals dit bij de volwassen druggebruik(st)ers het geval is. **Delinquente jongeren of jongeren met een psychiatrische problematiek** worden veelal geweigerd in de drughulpverlening. Op deze wijze wordt een groep gevormd die overal uit de boot dreigt te vallen.

Indien behandeling uiteindelijk toch aangewezen is, wordt vastgesteld dat er binnen de ambulante en residentiële werking nood is aan een **specifieke werking met minderjarigen**. Het is immers raadzaam om hulpverlening aan minderjarigen en meerderjarigen gescheiden te houden. Een eerste residentiële hulpverleningscentrum voor minderjarige verslaafden werd op 1 juni 1999 erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Aansluitend op residentiële behandeling is **nazorg** van essentieel belang. Deze nazorg wordt nog te weinig gewaarborgd.

Comités Bijzondere Jeugdzorg en Jeugdrechtbanken worden aangesproken om een « onmiddellijke » oplossing te vinden. Bij gebrek aan psycho-diagnostische doorlichting wordt niet zelden een onjuiste, ondoeltreffende doorverwijzingsbeslissing genomen. Druggebruikende jongeren verdwijnen in residentiële voorzieningen zoals Gemeenschapsinstellingen. Indien daar geen plaats is, komen ze in gevangenissen terecht. Andere jongeren met jeugd-psychiatrische ziektebeelden, die drugs als auto-medicatie gebruiken, worden doorgestuurd naar centra waar de methodiek niet de juiste is. In dit stadium zijn reeds zovele diensten en hulpverl(e)en(st)ers betrokken dat efficiënt klinisch en diepgaand werk sterk bemoeilijkt wordt.

3.4.2. Harm-reduction

De voorbije jaren werden nieuwe initiatieven voor **laagdrempelige hulpverlening** genomen. De belangrijkste verwezenlijking op dit vlak is de oprichting van acht **MSOC's**, verspreid over het hele land. Deze MSOC's zijn laagdrempelig, bestaan uit multidisciplinaire teams en werken deels « *out reach* ». Dat er wel degelijk behoefte bestaat aan deze laagdrempelige hulpverlening, bewijst de **hoge caseload** van meerdere van deze centra. Een belangrijk aspect van hun werking betreft de **verstrekking van substitutieproducten** (voornamelijk methadon), maar dit gaat steeds gepaard met een medische, psychologische en sociale begeleiding. Zij hebben een controlerende werking op de methadonverstrekking in de regio via samenwerking met artsen en apothekers. Een **evaluatie** van deze centra gebeurt momenteel door vier universiteiten en zal onder andere de inbedding van de centra in het regionale netwerk van voorzieningen beschrijven. Een synthese van de onderzoeksresultaten, vergezeld van aanbevelingen naar het beleid toe, wordt verwacht tegen februari-maart 2001.

Wat betreft **de methadonbehandeling** constateren we enerzijds **een groeiende openheid** bij huisartsen ten aanzien van deze behandeling, maar anderzijds het uitblijven van een **wettelijke regeling** terzake. Op dit ogenblik bestaan er enkel de richtlijnen van de **consensusconferentie** van 1994 en een wetsvoorstel van 9 september 1999. De richtlijnen van de consensusconferentie vormen een louter wetenschappelijke basis voor de methadonverstrekking. Hoewel vervolgingen voor het strafbare « instandhouden van een verslaving » niet of nauwelijks (meer) plaatsgrijpen, wordt toch de nood gevoeld aan juridische zekerheid hieromtrent. Dit houdt zowel een algemene basiswetgeving in als een wettelijke regeling met betrekking tot de praktische uitvoering ervan via huisartsen, apothekers en centra die bevoegd zijn om voor methadonverstrekking in te staan. **Samenwerking** van artsen en apothekers met gespecialiseerde (laagdrempelige) centra is hierbij immers van groot belang, aangezien het welslagen van een behandeling met methadon vaak afhangt van de mate waarin deze behandeling gekaderd wordt in een psycho-sociale begeleiding. Daarnaast dient er opgemerkt te worden dat **de registratie van methadonbehandelingen** niet overal gebeurt en dat ze zeker niet overal op een uniforme wijze gebeurt.

De wetswijziging inzake **sputenruil**, die ook uitdrukkelijk voorzien was in het Actieplan Toxicomanie-Drugs (1995), is uiteindelijk tot stand gekomen. Ook het uitvoeringsbesluit werd zeer recent gepubliceerd. Sputenruilprojecten hangen nu dus niet meer af van de goodwill van plaatselijke overheden en instanties. In Vlaanderen zijn de eerste stappen ondernomen voor concrete sputenruilprojecten. We vermelden hier eveneens het AIDS-preventieproject ten behoeve van druggebruik(st)ers in de Euregio, waarbij vier hulpverleningsinstellingen betrokken zijn uit Luik, Aken, Hasselt en Nederlands Zuid-Limburg. Zulke initiatieven verdienen navolging.

Rond de optimalisering van het aanbod van laagdrempelige hulpverlening betreft de discussie niet langer een verbetering van het aanbod door het ontwikkelen van nieuwe initiatieven, maar het **uitbreiden en erkennen van het bestaande aanbod**.

Binnen de **RIZIV-voorzieningen** is er een specialisatie ontstaan naar **specifieke doelgroepen**. Zo werd gestart met een afdeling voor vrouwen met kinderen, een jongerenprogramma en een afdeling voor druggebruik(st)ers met uitgesproken psychiatrische stoornissen. Een MSOC doet met succes inspanningen om prostitueés en zwangere druggebruiksters te bereiken. Dit zijn enkele voorbeelden van trends die mogelijk worden als het hulpverleningsaanbod voldoende groot is en als het beleidsniveau dit ook als een uitdrukkelijke verwachting formuleert.

De recente ontwikkelingen in de drughulpverlening creëren ook **nieuwe noden**. Voor hooggedoseerde methadonpatiënten die uit een crisisprogramma komen, is er nood aan **aangepaste residentiële opvang**. Een groep van problematische druggebruik(st)ers die tevens een psychiatrisch ziektebeeld vertonen (**dubbele diagnose**) vinden moeilijk hun plaats, noch in de verslavingszorg, noch in de psychiatrische voorzieningen. Verder is er een tekort aan specifieke tewerkstellingsprojecten voor mensen met een gestabiliseerd druggebruik en aan specifieke programma's voor druggebruikende gedetineerden.

3.5. REPRESSIE

3.5.1. De drugproductie en de drughandel

— De drugproductie

De **mondialisering** van de productie van legale en illegale drugs zet zich onverminderd door. **Steeds meer landen** manifesteren zich als productiestaat. Voor landen met een zwakke economie leidt dit, in verhouding, tot **een groeiende afhankelijkheid van drugproductie en drughandel**. De illegale economie tast het zwakke sociaal-economische weefsel aan en **perverteert de politieke, financiële en sociale instituties**.

De mondialisering zorgt bovendien voor een **stijging van de productie**. Dit laatste geldt zonder meer voor **de synthetische drugs** die, wereldwijd, de laatste jaren een explosieve groei kennen, zowel in vraag als in aanbod.

Een andere opvallende vaststelling is de **toenemende diversificatie** van de productie van illegale drugs in heel wat productiestaten. Blijkbaar spelen zowel het onverminderd lucratief karakter als het voorhanden zijn van meerdere smokkelkanalen hierbij een activerende rol.

De toegenomen drugproductie laat zich in het bijzonder merken in een **aantal regio's** die zich laten kenmerken door **politieke instabiliteit, sociaal-economische problemen en een gebrekkige politieke en justitiële handhaving**. In dit verband kan verwezen worden naar tal van landen in Centraal- en Oost-Europa. Gezien de nabijheid van de West-Europese afzetmarkt is deze vaststelling voor de Europese Unie bedreigend, zeker in het licht van de vooropgestelde uitbreiding van de Unie.

De naleving van de internationale verdragen die voorzien in een strikt toezicht op de handel in **precursoren** blijft **problematisch**. Voor de goed in de markt liggende **synthetische drugs** geldt bovendien dat de aanmaak weinig eisen stelt. Er zijn aanwijzingen dat de productie van amfetamineachtige stimulerende middelen binnen de Europese Unie gecontroleerd wordt door criminele organisaties. België ontsnapt helaas niet aan deze ontwikkeling.

De resultaten met de substitutieteelten blijven geografisch **zeer beperkt**. Op korte termijn mag men weinig structurele impact van de promotie van substitutieteelten verwachten. Desalniettemin blijven de Verenigde Naties (*United Nations Drugs Control Program, UNDCP*) en de Europese Unie (actieplan 2000-2004) deze strategie aanhouden. Wat de Europese Unie betreft worden alle bestaande instrumenten (onder andere ontwikkelingshulp, technische, financiële, en handelsinstrumenten) aangewend om, bilateraal of regionaal, drugproductiestaten en/of drughandelstaten te helpen en onder druk te zetten bij de implementatie van de drugbestrijdingsinitiatieven van de Verenigde Naties en de Europese Unie. België steunt het Europees drugbeleid en dus ook het actieplan van de Europese Unie.

— De drughandel

Uit de jaarverslagen van Interpol en Europol kunnen volgende tendensen worden afgeleid in verband met de drughandel op **Europees niveau** :

— De toename van de productie van illegale drugs (opiaten, cocaïne, cannabis, synthetische drugs) vertaalt zich in een verhoudingsgewijze **stijging van de drughandel**. Vooral de **synthetische drugs** (onder andere ecstasy) kennen zowel inzake vraag als aanbod een **explosieve stijging**.

— **Criminele organisaties** controleren de illegale drughandel. Het valt op dat de kartelachtige structuur van de criminele organisaties plaats maakt voor *ad hoc* groepen die samengesteld zijn uit leden van verschillende nationaliteit die onderling **netwerken** uitbouwen. Alhoewel heel wat criminele organisaties zich specialiseren in de handel in

een bepaalde drug, is er parallel met het polydruggebruik, een toename van het fenomeen van de **polydrughandel**. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een welbepaald smokkelkanaal om meerdere soorten illegale drugs te transporteren. Op Europees niveau stelt men vast dat de criminele organisaties op zoek gaan naar de zwakke punten in de wetgeving en in de strafrechtshandhaving van de lidstaten.

Wat **België** betreft kan men, mede op basis van het jaarrapport georganiseerde misdaad van 1998, volgende besluiten formuleren :

— Op een totaal van 285 **criminele organisaties** die het voorwerp uitmaakten van een gerechtelijk of opsporingsonderzoek, hadden er 116 drughandel en/of drugproductie als hoofdactiviteit.

— Er is sprake van een zekere **opdeling** in de drughandel/drugproductie. Latijns-Amerikaanse groepen, voornamelijk opererend vanuit Nederland, controleren de cocaïnemarkt en ook gedeeltelijk de cannabismarkt. Turkse groeperingen zijn leidinggevend in de heroïne-traffic. Marokkaanse criminele organisaties hebben een belangrijke greep op de cannabismarkt en Nigeriaanse organisaties bewegen zich zowel op de heroïne-, de cocaïne- als de cannabismarkt. De markt van de synthetische drugs wordt (zowel in Nederland als) in België gecontroleerd door criminele groepen, hoofdzakelijk samengesteld uit autochtonen. In het Europol-rapport wordt aangestipt dat de etnische criminele organisaties vaak opereren in de beslotenheid van hun etnische gemeenschap. Deze laatste wordt vaak als een soort van scherm voor hun activiteiten gebruikt.

Het fenomeen **drugtoerisme** houdt nog steeds aan. In weerwil van het bijgestuurde Nederlands coffeeshopbeleid dat onder andere tot doel heeft het drugtoerisme te ontmoedigen, blijven druggebruik(st)ers uit de omringende landen en uit Frankrijk zich in Nederland bevoorraden. Het « Hazeldonk » samenwerkingsverband tussen België, Nederland en Frankrijk niet te na gesproken, is er geen afgestemd beleid ontwikkeld om het drugtoerisme op een min of meer gestructureerde wijze tegen te gaan. In een aantal Euregio's wordt overleg gepleegd tussen de provinciale overheden, justitie en politie, maar van een systematische aanpak van het drugtoerisme is eigenlijk geen sprake. Wel worden ad hoc controleacties verricht die tot doel hebben het drugtoerisme te ontraden. Het succes van dergelijke acties lijkt eerder beperkt en hoogstens van aard occasionele drugtoeristen af te schrikken. Van een geïntegreerd grensoverschrijdend drugbeleid dat naast de repressieve component ook een preventieve en hulpverleningsdimensie heeft — zoals voorgesteld in de aanbevelingen van de werkgroep drugs — is geen sprake.

In de meeste grote steden, waar de kans op drugoverlastfenomenen het grootst is, is het **lokale drugoverleg** tussen alle betrokken sectoren min of meer opgestart en uitgebouwd. Bepaalde steden stellen jaarlijks een drugbeleidsplan op. De aanbeveling om **de mogelijkheden van de burgemeester** in geval van openbare ordeverstoring door drugoverlast te verfijnen werd meegenomen in de wet van 13 mei 1999 (wet tot invoering van de gemeentelijke administratieve sancties). Deze wet wijzigde onder meer de gemeentewet. De nieuwe gemeentewet geeft in haar artikel 134^{quater} de burgemeester de bevoegdheid om een inrichting (die aanleiding geeft tot verstoring van de openbare orde) onmiddellijk te sluiten. Beleidsmatig blijft het wenselijk dat men een aantal van de mogelijkheden om maatregelen te nemen bij openbare ordeverstoring expliciet zou reguleren, alleen al om de bestuurlijke autoriteiten te helpen bij dergelijke situaties en een zekere beleidsmatige uniformiteit na te streven.

België heeft de **rechtshulpverdragen** inzake kleine rechtshulp, uitlevering, overdracht van strafvervolgung en overdracht van strafexecutie inmiddels geratificeerd.

3.5.2. **Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel**

— *Inleiding*

België kampt met **een tekort aan wetenschappelijk onderzoek** over de druggerelateerde criminaliteit en de drugoverlast. Officiële statistieken verschaffen slechts een partieel beeld van de problematiek. Om die reden is het onmogelijk zelfs bij benadering te stellen hoe groot het probleem is.

Uit diverse bronnen kan nochtans afgeleid worden dat de druggerelateerde criminaliteit een **stijgende tendens** kent. Op alle echelons — opsporing en vervolging, straffoemeting en strafuitvoering — heeft men de afgelopen jaren een toename vastgesteld van de druggerelateerde criminaliteit.

Naar aanleiding van de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep « drugs » schreven de minister van Justitie en het College van Procureurs-Generaal **de circulaire van 8 mei 1998 nopens het vervolgingsbeleid inzake bezit en detailhandel van illegale verdovende middelen**. Een **evaluatie** van de toepassing van de circulaire leert ons het volgende.

— *De parketten*

Het vervolgingsbeleid is gebaseerd op **twee pijlers** : de aard van het product en de ernst van het gebruik. De richtlijn hanteert, wat de ernst van het gebruik betreft, een **ruim begrippenkader** : « beperkt bezit voor eigen gebruik », « eenmalig gebruik », « problematisch gebruik » en « maatschappelijke overlast ». Deze verschillende concepten beogen een gedifferentieerde, aangepaste aanpak van de diverse vormen van druggebruik.

De richtlijn blijft bij de omschrijving van de verschillende begrippen **zeer vaag** en laat derhalve een **te grote appreciatiebevoegdheid** in hoofde van de parketten bestaan. Het gevolg hiervan is dat de parketten de diverse begrippen op een onderscheiden wijze definiëren.

De parketten hanteren voor wat betreft het « beperkt bezit voor eigen gebruik » uiteenlopende criteria die variëren van arrondissement tot arrondissement. De meest gehanteerde criteria zijn : de hoeveelheid, de resultaten van het onderzoek en de sociale en economische situatie van de betrokkene. De gerechtelijke antecedenten worden in mindere mate aangehaald. Wat betreft het criterium van de hoeveelheid variëren de opgegeven cijfers voor cannabis van 5 tot 50 gram.

Gelijkaardige criteria worden gehanteerd inzake « éénmalig gebruik ».

Van « problematisch gebruik » is doorgaans sprake bij voortdurend gebruik, gebrek aan sociaal-economische integratie en aanwezigheid van andere inbreuken.

De aanwezigheid van druggerelateerde criminaliteit is het meest gehanteerde criterium voor « maatschappelijke overlast ». De overige criteria zijn *sterk uiteenlopend*; belangrijkste daaronder zijn de openbare orde en de zichtbaarheid van het gebruik.

Ook het begrip « verkoop van drugs om in het eigen gebruik te voorzien » zorgt voor onduidelijkheid. De meest gebruikte criteria zijn de gemaakte winst en het resultaat van het onderzoek. Andere criteria zijn het aantal afnemers, de verklaringen, het type product, en het komen en gaan op het adres van de betrokkene.

Dit vage begrippenkader vormt de voedingsbodem voor een **versnipperde aanpak**. Elk parket interpreteert de richtlijn overeenkomstig het door haar gevoerde beleid. Van een uniforme vervolging is dus allerminst sprake. De bijzonderheid van de circulaire bestaat juist in het feit dat in een beleid werd voorzien waarin **alles altijd mogelijk** is, gaande van een sepot tot een rechtstreekse dagvaarding, en dit **voor om het even welk product**.

De **rechtstreekse dagvaarding** wordt voornamelijk gehanteerd bij herhaald gebruik of bij het mislukken van een alternatieve afhandelingsmodaliteit, voornamelijk naar aanleiding van het falen van een therapeutische behandeling. Ook bij aanwezigheid van druggerelateerde criminaliteit gaan de parketten veelal vervolgen. In die zin wordt het druggebruik vaak beschouwd als een verzwarende omstandigheid bij de overige gepleegde feiten. Soms wordt rekening gehouden met de individuele situatie via maatschappelijke enquêtes en worden alternatieve modaliteiten voorgesteld. Deze situeren zich niet zozeer op het niveau van de parketten, maar betreffen veeleer een invrijheidstelling onder voorwaarden of een probatie-opschorting of probatie-uitstel.

De parketten hanteren een **ander beleid tegenover gebruik(st)ers van cannabisproducten** dan tegenover andere druggebruik(st)ers. Tegenover gebruik(st)ers van cannabis wordt bemiddeling in strafzaken het meest gehanteerd. Gebruik(st)ers van andere producten worden vaak vervolgd. Belangrijkste argumenten voor deze onderscheiden aanpak zijn het gezondheidsrisico, de aantasting van de openbare orde en veiligheid en de graad van afhankelijkheid.

Zaken waarin **minderjarigen** betrokken zijn, worden overgemaakt aan de jeugdsecties. Meestal worden de ouders gehoord en wordt de doorverwijzing naar de hulpverlening beter opgevolgd dan bij volwassenen. Verkoop, gerelateerde criminaliteit en verslaving maken het voorwerp uit van een verwijzing naar de jeugdrechter.

De circulaire voorzagt tenslotte in de mogelijkheid, voor zover uitdrukkelijk gemotiveerd, van haar bepalingen af te wijken. De meest voorkomende afwijking betreft de toepassing van het **vereenvoudigd proces-verbaal**, aangezien deze werkwijze door veel magistraten als hinderlijk wordt ervaren. Andere uitzonderingen worden door de parketten gerechtvaardigd op grond van een gebrek aan tijd en middelen, naast de noodzaak om rekening te moeten houden met « lokale eigenheden ».

— *De afhandelingsmodaliteiten*

De minnelijke schikking

Voor een aantal druggebruik(st)ers ligt de betaling van een minnelijke schikking moeilijk, aangezien hun levensstijl niet veel financiële ruimte biedt.

Daarnaast is het gedragswijzigend of sensibiliserend effect van een minnelijke schikking bij drugverslaafden doorgaans nihil.

De pretoriaanse probatie

Deze modaliteit wordt sedert de invoering van de bemiddeling in strafzaken niet meer of slechts sporadisch toegepast, onder andere wegens het te arbeidsintensief karakter. De parketmagistra(a)t(e) is er immers toe gehouden de dader onmiddellijk na de feiten persoonlijk te ontvangen en het voorstel uiteen te zetten.

Opmerkelijk is dat de pretoriaanse probatie sedert het invoeren van de nieuwe drugcirculaire door bepaalde parketmagistraten terug wordt « ontdekt », omdat de strafbemiddeling niet langer wordt voorgesteld als mogelijkheid voor de afhandeling van louter gebruik (dus zonder aanverwante criminaliteit). Voor het merendeel van de parketmagistraten heeft de circulaire op dit vlak echter geen verandering gebracht, wat betekent dat de strafbemiddeling nog wordt gehanteerd ten aanzien van loutere gebruik(st)ers.

De bemiddeling in strafzaken

De strafbemiddeling wordt in bijna alle parketten relatief **weinig toegepast** voor inbreuken op de drugwetgeving en druggerelateerde criminaliteit. Bovendien is er vaak nog een « voorzichtigheidsreflex » waar te nemen, waardoor zwaardere dossiers voor een bemiddeling in strafzaken worden geweerd. Het merendeel van de cliënten die eerder ernstige vormen van criminaliteit hebben gepleegd, belandt in de hulpverlening via **probatievoorwaarden**. Het aandeel van de cliënten die een behandeling volgen in het kader van een strafbemiddeling in verhouding tot het totaal aantal druggebruik(st)ers blijkt over het algemeen trouwens relatief klein te zijn.

Bij een grote meerderheid van de magistraten bestaat **onduidelijkheid** omtrent de juiste toepassing van de circulaire. De aanwending van de bemiddeling in strafzaken bij **zuivere drugdelicten** valt volgens veel parketmagistraten niet te rijmen met de richtlijn. Daartegenover blijven sommige magistraten ervan overtuigd dat de bemiddeling ook ten aanzien van zuivere drugdelicten moet kunnen worden toegepast.

De **selectie van de dossiers** die in aanmerking komen voor de strafbemiddeling gebeurt niet door de politiediensten, maar door het openbaar ministerie. Wel leggen de magistraten de nodige interesse aan de dag voor de afzonderlijke dienstnota's die dikwijls bij de processen-verbaal worden gevoegd. Hierin wordt een selectie van de dossiers die voor een strafbemiddeling in aanmerking zouden kunnen komen gesuggereerd. Vooral gegevens over de **sociale omgeving** van de gebruiker worden belangrijk geacht om te kunnen anticiperen op de slaagkansen van een bemiddeling.

Volgens sommige parketmagistraten heeft de invoering van het systeem van de **verkorte processen-verbaal** tot gevolg dat men voor de profielbepaling van de gebruiker veel meer moet steunen op diens eigen verklaringen, daar waar men vroeger veel informatie kon inwinnen aan de hand van de aanvankelijke processen-verbaal.

Er bestaat geen eensgezindheid over de vraag of de maximale **termijn van de voorwaarden** voldoende mogelijkheden biedt voor de afhandeling van drugdossiers. Dit heeft te maken met de diversiteit bij de selectie van de personen die voor een bemiddeling in aanmerking komen. In de arrondissementen waar men een bemiddeling ook voorstelt bij relatief zware feiten, oordelen de meeste parketmagistraten dat een termijn langer dan zes maanden soms wenselijk is. Reserveert men de bemiddeling in strafzaken echter voor de minder ernstige gevallen, dan stelt de duur van de termijn geen noemenswaardige problemen. De gebruiker kan een onder gerechtelijke druk gestarte behandeling steeds op vrijwillige basis verder zetten, wat in de praktijk blijkbaar vaak gebeurt.

Alhoewel het **vrijwillig karakter** dikwijls als een van de voordelen van de bemiddeling wordt aangehaald, dient dit aspect — gezien de geringe aantrekkelijkheid van het alternatief (vervolgning en/of vrijheidsberoving) — ernstig te worden gerelativeerd. In die optiek spreekt men soms van een **impliciete dwang**. Die dwangsituatie leidt niet zelden tot een **motivatedaling** bij de gebruik(st)ers. Wel wordt benadrukt dat het net de taak is van de hulpverl(e)en(st)ers om een negatieve attitude in een positieve instelling om te zetten. De vereiste motivatie kan dus in de behandelingsfase gaandeweg gerealiseerd worden.

Opvallend is de vaststelling dat sommige druggebruik(st)ers een bemiddeling in strafzaken **weigeren**, uitgaande van de wetenschap dat korte gevangenisstraffen toch niet worden uitgevoerd. Men betreurt dan ook dat er steeds toestemming vereist is en dat de alternatieve maatregel niet gewoon kan opgelegd worden.

Sommige gebruik(st)ers hebben zich ermee verzoend dat de confrontaties met het gerecht bij hun **levensstijl** horen. Zij zijn weinig gemotiveerd om hun levenswijze aan te passen en met het druggebruik te stoppen.

Het aantal rechtstreekse contacten tussen de hulpverl(e)en(st)ers en de parketmagistraten is gering, maar de aanwezigheid van een **bemiddelingsassistent(e)** als tussenschakel wordt als positief ervaren.

De gebruik(st)ers die van het openbaar ministerie een voorstel tot strafbemiddeling krijgen, zijn over het algemeen **jongeren**. Bij de meeste onder hen is het gebruik **experimenteel** of **sociaal**. Opvallend is evenwel de vaststelling dat deze gebruik(st)ers ook vaak een **gevarieerd gerechtelijk verleden** hebben (het betreft voornamelijk

vermogensmisdrijven en in mindere mate agressiedelicten). De door het parket voorgestelde maatregel blijkt veelal niet afgestemd te zijn op de gebruiker in kwestie.

— *De politiediensten*

De politiediensten zijn in België niet bevoegd om een strafbaar feit te **seponeren**, laat staan dat zij hier voorwaarden aan zouden kunnen verbinden.

Nochtans biedt de techniek van het zogenaamde **therapeutisch advies** de politiediensten de mogelijkheid om, onder toezicht van het openbaar ministerie, naar de hulpverlening door te verwijzen.

Uit de praktijk blijkt dat een rechtstreekse doorverwijzing door de politiediensten van delinquente druggebruik(st)ers naar de hulpverlening een aantal **praktische problemen** met zich meebrengt. Knelpunten zijn hier het **gebrek aan kennis** omtrent de aangewezen instelling waarnaar men dient te verwijzen en het feit dat gespecialiseerde hulpverleningscentra niet over een **permanentie** beschikken. Om deze knelpunten te verhelpen werd reeds in de Werkgroep Drugs gesuggereerd om **transitcentra**, dat wil zeggen crisis- en opvangcentra voor druggebruik(st)ers, op te richten waar men probeert een oplossing te vinden voor acute verslavingsproblemen en waar men kan zorgen voor een gepaste doorverwijzing naar de hulpverlening.

Wat het aspect van de **autonomie van de politiediensten** betreft, dient echter hoofdzakelijk te worden gewezen op het door de circulaire ingevoerde systeem van de vereenvoudigde processen-verbaal. De mate waarin van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt, verschilt sterk van politiedienst tot politiedienst. De aanwending lijkt uiteindelijk afhankelijk te zijn van het bestaan van specifieke, door de Parketten-Generaal uitgevaardigde, richtlijnen.

Negatieve opmerkingen hebben voornamelijk betrekking op het verlies van de controle over de situatie en het ermee gepaard gaande tijdsverlies. Ook de overeenstemming met de wet Franchimont wordt door sommigen betwijfeld. **Positieve opmerkingen** betreffen in hoofdzaak het gemak en de snelheid waarmee deze processen-verbaal kunnen worden gelezen.

In de praktijk zijn het in eerste instantie de politiediensten die de in de circulaire gehanteerde **begrippen** (« problematisch gebruik », « maatschappelijke overlast », ...) interpreteren. Zij besluiten immers of het opstellen van een verkort proces-verbaal al dan niet aangewezen is. Bij de definiëring van deze begrippen hanteren zij, net zoals de parketten, een **veelheid aan criteria**.

De criteria voor wat betreft « problematisch gebruik » betreffen voornamelijk het gebrek aan maatschappelijke integratie en het regelmatig gebruik. Aanwezigheid van gerelateerde criminaliteit is vaak subsidiair en soms afwezig.

De criteria voor « maatschappelijke overlast » vertonen een zekere homogeniteit en betreffen voornamelijk de zichtbaarheid van het gebruik en de toestand van de gebruiker. Ook hier is de aanwezigheid van andere delicten secundair, maar is het desalniettemin belangrijker dan bij het problematisch gebruik.

Wanneer de « globale » interpretatie van beide concepten door de politiediensten wordt vergeleken met deze door de parketten, blijkt duidelijk dat de politiediensten meer gefocust zijn op de **openbare orde en veiligheid**, terwijl de parketten meer gericht zijn op het vervolgen van de daders van inbreuken.

Heel wat politiediensten stellen zich vragen bij **de boodschap die uitgaat van de richtlijn**. Eén stelling luidt dat de richtlijn door haar vaagheid een gevoel van straffeloosheid opwekt bij gebruik(st)ers en dat de wet moet worden toegepast. Andere korpsen oordelen dat de tussenkomst van de politiediensten op zich al voldoende is om aan de norm te herinneren. Tenslotte stellen sommigen zich vragen bij de relatief zware investeringen die door de politiediensten worden geleverd ten aanzien van inbreuken die uiteindelijk minder belangrijk worden geacht.

— *De alternatieve afhandelingsmodaliteit in het kader van de Wet op de voorlopige hechtenis : de invrijheidstelling onder voorwaarden*

De toepassing van de invrijheidstelling onder voorwaarden varieert enorm van arrondissement tot arrondissement en van onderzoeksrechter tot onderzoeksrechter. Over het algemeen zijn de **onderzoeksmagistraten goed vertrouwd** met deze modaliteit, maar toch heeft de meerderheid van de invrijheidstellingen pas op het niveau van de Raadkamer plaats. Nochtans biedt de aanwending van de invrijheidstelling onder voorwaarden door de onderzoeksrechter meer garanties voor een gepaste en vooral tijdige reactie op de (crisis)situatie waarin de gebruiker zich eventueel bevindt. Bij de meeste **advocaten** ontbreekt de reflex om een invrijheidstelling via de onderzoeksmagistraat na te streven, daar men doorgaans de raadkamer afwacht om een vrijlating te bekomen.

Met betrekking tot **de voorwaarden** opteren de onderzoeksrechters doorgaans voor een (bij voorkeur residentiële) **behandeling**. Dit heeft vooral te maken met het feit dat een invrijheidstelling onder voorwaarden slechts kan worden voorgesteld aan personen die in aanmerking komen voor een voorlopige hechtenis, en die bijgevolg relatief

zwaarwichtige feiten hebben gepleegd. Wat dit betreft wordt het door de onderzoeksrechters als een ernstig probleem ervaren dat niet altijd **binnen de 24 uur** een geschikte instelling kan worden gevonden. A fortiori is het nagenoeg onmogelijk om de betrokkene binnen deze termijn in een residentiële hulpverleningsinstelling te plaatsen, temeer daar zeker voor die vorm van hulpverlening een **intakegesprek** wordt vooropgesteld. Doordat men niet onmiddellijk een oplossing kan vinden die voldoende garanties biedt, is men dikwijls genoodzaakt om zich **in eerste instantie tot de gevangenis** te wenden. De betrokkene wordt dan pas na een bepaalde periode van voorhechtenis overgebracht naar een hulpverleningsinstelling. Deze gang van zaken mag worden betreurd, omdat het potentieel van de invrijheidstelling onder voorwaarden — de onmiddellijke reactie op de crisissituatie van de gebruiker — zo niet kan worden benut.

Essentieel is het gevolg dat gegeven wordt aan **het niet nakomen van de voorwaarden**. In die zin zou er moeten worden naar gestreefd om de gebruiker bij een verzuim om de voorwaarden na te leven minstens te laten verschijnen, zodat de betrokkene zich altijd aan een reactie van de rechter mag verwachten. Alhoewel veel onderzoeksrechters derwijze trachten te reageren, speelt het aspect werkoverlast in de grotere arrondissementen toch een rol.

De voorwaarden bestrijken een (verlengbare) **tijdsduur** van drie maanden. Een verlenging van de voorwaarden gebeurt in de praktijk regelmatig, doch zelden meer dan twee keer (op enkele arrondissementen na). Nochtans moet erop worden gewezen dat de gebruiker doorgaans pas na een geruime tijd (één à twee jaar) voor de rechter verschijnt. Dit betekent dat er als het ware een **vacuüm** ontstaat tussen het toezicht en de begeleiding van een gebruiker ná het verlopen van de termijn van de vrijheid onder voorwaarden en vóór zijn verschijning, waar hem/haar eventueel een probatiemaatregel wordt opgelegd. Men wijst erop dat de betrokkene er in sommige gevallen reeds een heel andere levensstijl op na houdt, zodat een eventuele straf nog weinig zin heeft. Indien de situatie van de gebruiker nog niet is verbeterd en hem/haar in het kader van een probatiemaatregel een behandeling wordt opgelegd, is er evenwel geen aansluiting met de behandeling in het kader van de vrijheid onder voorwaarden. Deze **discontinuïteit** heeft een negatieve weerslag op de behandeling van de gebruiker.

De **samenwerking met de hulpverleningsinstellingen** verschilt van arrondissement tot arrondissement. Sommige onderzoeksrechters onderhouden nauwe contacten met de hulpverlening, terwijl anderen hoegenaamd geen zicht blijken te hebben op het aanbod in de hulpverleningssector.

De meeste hulpverleningsinstellingen verwittigen de onderzoeksrechter onmiddellijk wanneer de gebruiker uit de instelling vlucht. Andere **meldingen** blijken gevoeliger te liggen. Zo worden de uitslagen van (intern uitgevoerde) urinecontroles bijna nooit doorgestuurd, en dit wegens het **medisch beroepsgeheim**.

De eerste bekommernis bij het aanvaarden van de voorwaarden blijkt **het vermijden van de gevangenis**. Toch kan worden vastgesteld dat de **motivatie** om daadwerkelijk iets aan de eigen situatie te doen, **toeneemt** naarmate de behandeling vordert. Deze bereidwilligheid moet echter ingevuld worden naar de maatstaven van een druggebruik(st)er : zo is men vaak bereid te werken aan het problematisch aspect van de verslaving, wat betekent dat men een situatie van « gecontroleerd gebruik » beoogt. Gebruik(st)ers zien doorgaans geen enkel probleem in het blijven gebruiken van **cannabisproducten**. Deze laatste vaststelling is algemeen van aard, en geldt dus ook in de context van de andere afhandelingsmodaliteiten.

— De straftoemeting

Naast het oudere cliënteel (voornamelijk heroïnegebruik(st)ers), komen nu ook **heel wat jongeren** met de **probatiediensten** in aanraking. Bij hen gaat het vaak om het gebruik van opwekkende middelen (XTC, amfetamines, cocaïne, ...). Deze categorie heeft een andere benadering nodig. Zij beschouwen het gebruik als « aanvaard in de maatschappij ».

Alhoewel de *case-load* reeds is verbeterd, worden in de meeste arrondissementen **enkel de problematische druggebruik(st)ers** daadwerkelijk op bestendige basis gevolgd. De **lange tijd tussen de feiten en de eigenlijke behandeling voor de rechtbank** is een **knelpunt**. Ondertussen kan de gebruiker geëvolueerd zijn, zodat drughulpverlening na een veroordeling niet langer aangewezen is. Bovendien is het zo dat een uitgesproken straf lang niet altijd onmiddellijk wordt uitgevoerd. Ook dit kan nefaste gevolgen hebben voor de betrokkene.

Een **zekere concurrentieslag** tussen de verschillende hulpverleningsinstellingen maakt het gevaar dat het **netwidening-effect** ook binnen de hulpverlening plaatsvindt (doordat meer gebruik(st)ers behandeld worden dan strikt noodzakelijk) niet denkbeeldig.

Probanten maken in bijna alle instellingen het grootste deel uit van de totale populatie van justitiecliënten. De **relatie met justitie** is, naar verluidt, veel **verbeterd**. In de meeste hulpverleningsinstellingen wordt melding gemaakt van het bestaan van onderlinge overeenkomsten aangaande de rapportage. Ook vindt in sommige arrondissementen op regelmatige basis een vergadering plaats, wat de verstandhouding tussen de diverse betrokken actoren ten goede komt.

De gemiddelde probant(e) is, in vergelijking met de andere druggebruik(st)ers, iets ouder. Het betreft voornamelijk **gebruik(st)ers van harddrugs**, meestal met een zeer lange voorgeschiedenis van probleemgebruik en confrontaties met het gerecht. Bijna altijd is er sprake van **druggerelateerde criminaliteit**. Vaak hebben deze gebruik(st)ers al een hele resem hulpverleningsinstellingen bezocht.

Bij veel gebruik(st)ers bestaat **onzekerheid** omtrent het eindresultaat van **nog hangende gerechtelijke procedures** met betrekking tot andere feiten. Vaak vrezen ze na de behandeling toch nog een straf te moeten uitzitten. Ook het feit dat ze soms lang op de uitvoering van een uitgesproken straf moeten wachten, scheidt bij sommige gebruik(st)ers onzekerheid. Ook de gerechtskosten baren kopzorgen. De confrontatie met deze straffen of kosten komt vaak onverwacht (de meeste gebruik(st)ers hebben hoegenaamd geen zicht op het aantal lopende gerechtelijke procedures, laat staan dat zij anticiperen op de nog te betalen gerechtskosten). Het is dan ook belangrijk dat men goed op de hoogte wordt gehouden van de gerechtelijke stand van zaken. Alhoewel de advocatuur hierin een belangrijke rol speelt, is het wellicht niet slecht dat de justitieassistenten de betrokkenen in de mate van het mogelijke omtrent eventuele toekomstige kosten informeren.

Tenslotte zorgt het bestaan van een **strafblad** eveneens voor de nodige problemen. Alhoewel sommigen zonder problemen via een uitzendbureau aan de slag kunnen, is het moeilijk een vaste baan te vinden als men een strafblad heeft.

3.5.3. Penitentiair beleid

Het drugfenomeen is **nog steeds even prominent** aanwezig in de gevangenissen. De afgelopen twee jaar is de uitbouw van een penitentiair drugbeleid enigszins naar de achtergrond gedrongen door de aandacht die prioritair is gegaan naar de problematiek van de seksuele delinquentie.

Het drugbeleid in de gevangenissen wordt tot op heden voornamelijk **toegespitst op illegale drugs. Alcohol- en medicatieproblemen** krijgen nauwelijks aandacht in de gevangenissen.

4. ACTIEPUNTEN

De regering zal deze legislatuur verschillende initiatieven nemen die passen in een hedendaags drugbeleid, gebaseerd op de visie die in hoofdstuk 1 werd uiteengezet. De projecten werden gegroepeerd in 5 hoofdstukken :

- Een geïntegreerde, globale benadering;
- Epidemiologie, evaluatie en onderzoek;
- Preventie;
- Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie; en
- Repressie.

4.1. EEN GEÏNTEGREERDE, GLOBALE BENADERING

4.1.1. Cel Drugbeleid/Interministeriële Conferentie Drugbeleid

— Inhoud

Zoals gevraagd door de Kamer van volksvertegenwoordigers, het Vlaamse Parlement, de Europese Unie en de hulpverleningssector zal de federale regering prioritair werk maken van de oprichting van een beleidsondersteunende **Cel Drugbeleid**.

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

De federale regering heeft in dit verband een ontwerp van **samenwerkingsakkoord** (federale Staat — gemeenschappen — gewesten) opgemaakt. De ondertekenende partijen verbinden zich er toe hun drugbeleid **in overleg op elkaar af te stemmen op basis van een aantal expliciete doelstellingen**. De **autonome bevoegdheden** van

de gemeenschappen en gewesten worden **gerespecteerd**. Er zullen dus regionale verschillen in visie en praktijk (blijven) bestaan.

De (door de federale regering voorgestelde) **doelstellingen** van de Cel Drugbeleid zijn :

1. het verkrijgen van een **globaal inzicht** in alle aspecten van de drugproblematiek;
2. de **continue preventie** van het drugmisbruik en het **beperken van de schade** hieraan verbonden;
3. de **optimalisering van het zorg- en behandelingsaanbod** voor drugverslaafden;
4. de **beteugeling** van de illegale productie van en de illegale handel in drugs; en
5. de uitwerking van **overlegde beleidsplannen** met het oog op een **globaal en geïntegreerd drugbeleid**.

De (door de federale regering voorgestelde) **opdrachten** van de Cel Drugbeleid zijn :

1. het centraliseren, aanvullen en bijhouden van een gedetailleerde **inventaris** van de voor drugs en drugproblematiek **bevoegde overheden, openbare diensten en het relevante onderzoek**;
2. het centraliseren, aanvullen en bijhouden van een gedetailleerde **inventaris** van de erkende en/of **gesubsidiëerde instellingen**, organisaties, organen, gespecialiseerde centra, onderzoekscentra, universiteiten die zich toeleggen op één of meer aspecten van de drugproblematiek;
3. het voorstellen van gemotiveerde maatregelen om de door de bevoegde openbare diensten en akkoordsluitende overheden gevoerde of voorgenomen acties op **elkaar af te stemmen**;
4. het voorstellen van gemotiveerde maatregelen die van aard zijn om de **effectiviteit** van deze acties te verhogen;
5. het uitbrengen van gemotiveerde adviezen en aanbevelingen over de **drugbeleidsafstemming**, hetzij uit eigen beweging, hetzij op verzoek van de akkoordsluitende overheden of van de Interministeriële Conferentie Drugbeleid;
6. het **evalueren**, met de steun van het **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** (zie actiepoint : Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving), van de kwaliteit van de **gegevens en informatie** die door iedere akkoordsluitende overheid en iedere openbare dienst aan de Cel worden overgemaakt teneinde de hierboven omschreven opdrachten te kunnen vervullen;
7. het voorstellen en voorbereiden van **samenwerkingsakkoorden** teneinde concrete, overlegde doelstellingen te bereiken. Deze doelstellingen worden geëvalueerd via concrete **indicatoren**;
8. het opmaken van een driejaarlijks **beleidsverslag** (zoals dit in onze buurlanden gebeurt) en een jaarlijks **activiteitenverslag** (jaarverslag).

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

De **verslagen** (het beleidsverslag en het activiteitenverslag) **van de Cel Drugbeleid** worden verzonden naar elke akkoordsluitende overheid (die het overhandigt aan haar parlement). In het kader van de Interministeriële Conferentie Drugbeleid zullen de ondertekenende partijen het samenwerkingsakkoord en de werking van de Cel Drugbeleid **evalueren**.

De federale regering stelt voor de Cel Drugbeleid op te richten **op federaal niveau** (onder de minister van Volksgezondheid) en de **financiering te verdelen onder de akkoordsluitende overheden**.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is (op federaal niveau) verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken, de minister van Justitie, de minister van Binnenlandse Zaken, de minister van Buitenlandse Zaken, de minister van Maatschappelijke Integratie en de minister belast met het Grootstedenbeleid. De federale regering onderhandelt uiteraard met de deelregeringen die wensen te participeren.

— *Timing*

Tegen medio 2001 zullen de ministers van (volks)gezondheid van de federale regering en van de deelregeringen een samenwerkingsprotocol ondertekenen met het oog op de oprichting van een **Cel Gezondheidsbeleid Drugs**. Deze Cel heeft als enige bedoeling en bevoegdheid te werken aan een geïntegreerd gezondheidsbeleid in verband met drugs. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs vormt de aanloop tot de oprichting van de **algemene Cel Drugbeleid** waarin ook de andere beleidsaspecten (onder andere justitie, sociale zaken, onderwijs, welzijn,...) aan bod moeten komen.

Deze breder opgevatte Cel Drugbeleid wordt opgericht via een samenwerkingsakkoord dat door de federale en alle deelregeringen alsook hun parlementen goedgekeurd moet worden. De realisatie van de algemene Cel Drugbeleid wordt verwacht **tegen einde 2002**.

— *Geraamd budget*

Cel Gezondheidsbeleid Drugs : 7 miljoen Belgische frank per jaar. Dit bedrag wordt betaald door de akkoordsluitende ministers van (volks)gezondheid volgens een verdeelsleutel die ook gebruikt is voor de financiering van de gezondheidsenquête.

Algemene Cel Drugbeleid : het budget moet hiervoor voorzien worden vanaf 2002. Het wordt betaald door de akkoordsluitende overheden volgens een verdeelsleutel die ook gebruikt is voor de financiering van de gezondheidsenquête.

Indien bepaalde overheden niet wensen te participeren, worden de bedragen van de akkoordsluitende partners herzien.

4.1.2. **Justitie — Hulpverlening : duidelijke afspraken**

— *Inhoud*

De **inschakeling van de hulpverlening in de reactie van het strafrechtsapparaat op problematisch druggebruik wordt meer en meer als zinvol ervaren**, zowel door het strafrechtsapparaat als door de hulpverleningssector. De repressieve aanpak heeft plaats gemaakt voor behandelingsgerichte elementen. De inbreng van de **hulpverlening kan bestaan uit** spoedopvang, crisisopvang (doorverwijzing door de politie, vrijheid onder voorwaarden), preventieve screening (doorverwijzing door de politie, therapeutisch advies), behandeling/begeleiding als voorwaarde (pretoriaanse probatie, bemiddeling in strafzaken, vrijheid onder voorwaarden, internering, probatie, voorwaardelijke invrijheidstelling), externe hulpverlening (tijdens detentie), sociale reïntegratie (na detentie).

Een aantal **randvoorwaarden** zijn hierbij essentieel.

Vooreerst dient de hulpverlening het recht te behouden **om cliënten te weigeren**, zelfs indien het alternatief een gevangenisstraf is. Een minimale communicatie en een minimale samenwerking moeten evenwel gewaarborgd blijven.

Verder eisen zowel het strafrechtsapparaat als de hulpverlening **duidelijke afspraken**.

Het betreft meer bepaald afspraken omtrent het **beroepsgeheim, het respect voor de behandelingsprogramma's (de eigen finaliteit van de hulpverlening)** en het **statuut van de hulpverlener** binnen de veiligheids- en samenlevingscontracten, de preventiecontracten, de drugcontracten en de gerechtelijke alternatieve maatregelen.

De federale regering zal **een werkgroep** oprichten, bestaande uit vertegenwoordig(st)ers van de hulpverlening en van justitie. Deze werkgroep zal de mogelijkheden en beperkingen van beide sectoren uitklaren en voorstellen van richtlijnen formuleren om de samenwerking tussen de twee sectoren te stroomlijnen. Op basis van deze richtlijnen zullen concrete **lokale samenwerkingsakkoorden** gesloten worden, op initiatief van de lokale coördinatiegroep drugs. Deze lokale samenwerkingsakkoorden kunnen maximaal rekening houden met de lokale situatie en met de visie van de eigen Gemeenschap. De akkoorden moeten uitgaan van het beginsel van constructieve samenwerking met respect voor ieders specifieke finaliteit en eigenheid (binnen een hulpverleningsproces staat de cliënt(e) centraal, binnen een justitieel proces het belang van de maatschappij). De taak van de justitieassistenten is de justitiële voorwaarden te controleren.

De werkgroep zal bijzondere aandacht schenken aan de erkenning en explicitering van het bestaande **beroepsgeheim** (de draagwijdte wordt verschillend geïnterpreteerd door de strafrechters en het openbaar ministerie langs de ene kant en de beroepsverenigingen van zorgverleners langs de andere kant) :

— Wie valt wel en wie valt niet onder het beroepsgeheim?

— Welke informatie ressorteert wel en welke informatie ressorteert niet onder het beroepsgeheim?

De werkgroep zal verder een voorstel tot duidelijke **terreinafbakening** formuleren.

Een knelpunt is het feit dat de hulpverl(e)en(st)ers vaak niet weten **welke strafmaatregelen de cliënt(e) nog boven het hoofd hangen**. Dit leidde er in het verleden toe dat therapieën onderbroken werden (of stopgezet werden) om een vrijheidsstraf uit te voeren. De laattijdige uitvoering van straffen kan tot een motivatiedaling bij de cliënt leiden. Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de cliënt om reeds tijdens het intakegesprek zo getrouw mogelijk te melden welke strafmaatregelen nog op uitvoering wachten. Afspraken met justitie omtrent een

minimale formele communicatie over de uitvoering en de *timing* van deze strafmaatregelen zou de hulpverlening (en de bestraffing) een stuk efficiënter kunnen maken. De werkgroep zal zich ook over dit probleem buigen.

Teneinde de relaties tussen justitie en de hulpverlening te stroomlijnen, zullen in elk justitiehuis **justitiële case-managers voor druggebruikers** aangeduid worden (zie ook : strafrechtelijke reactie op druggebruik). De justitiële case-managers zijn justitieassistenten die zich (gedeeltelijk) toeleggen op de drugproblematiek. Zij dienen **volgende geschoold** te zijn (kennis van de hulpverlening en kennis van het gerechtelijk apparaat). Zij moeten de parketmagistraten en de politiediensten kunnen **informer** over de **zorgverlening**. De DWTC inventariseerde recent het globale aanbod van de drughulpverlening. De justitiële *case-managers* moeten tevens **advies kunnen geven rond de wenselijkheid van drangmaatregelen**. Zij dienen over voldoende menselijke en materiële middelen te beschikken om snel te kunnen antwoorden op vragen van de parketmagistraten. Tijdens de kantooruren zal er een **permanentie** zijn in elk justitiehuis. De justitiële *case-managers* maken deel uit van de Lokale Coördinatiegroepen Drugs en worden betrokken bij de uitbouw van de regionale zorgcircuits. In de derde alinea van artikel 7 van de wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 wordt « aan de commissie en » geschrapt. Dit onderstreept de centrale rol van de justitiële *case-manager*.

Het justitieapparaat vraagt meer duidelijkheid omtrent de mogelijkheden tot **crisisopvang** van druggebruik(st)ers. De **ontwikkeling van regionale zorgcircuits** (zie ook : organisatie van het zorgaanbod) zal leiden tot de **uitbouw van regionale netwerken voor crisis- en spoedopvang**.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Zij pleegt overleg met de minister van Binnenlandse Zaken, de minister van Justitie en de minister van Maatschappelijke Integratie. De minister van Justitie staat in voor de precieze taakomschrijving en aanstelling van de justitiële *case-managers*.

— *Timing*

De werkgroep moet starten begin 2001 en een eindrapport afleveren tegen einde 2001.

De justitiële *case-managers* moeten tegen midden 2001 aangesteld worden.

Dit actiepunt moet volledig uitgevoerd zijn tegen december 2001.

— *Geraamd budget*

De afspraken tussen justitie en de hulpverlening rond het beroepsgeheim, het respect voor de eigen doelstellingen en het statuut van bepaalde hulpverleners hebben in principe geen budgettaire implicaties. De justitiële *case-managers* en de regionale zorgcircuits worden elders in deze nota besproken.

4.1.3. Het luik « drugs » van het globaal plan (contracten met de gemeenten)

— *Inhoud*

De **federale regering subsidieert momenteel 51 gemeenten** voor in totaal **320 miljoen Belgische frank per jaar** voor de **opvang van drugverslaafden** (het luik « drugs » uit het globaal plan). Dit geld wordt gebruikt voor de MSOC's, de opvangcentra, de drugcoördinatie, de preventie, de crisiscentra, en zo verder. Van de 51 gemeenten die subsidies krijgen, zijn er 22 steden met een luik « drugs » in hun veiligheids- en samenlevingscontract, 20 gemeenten met een drugplancontract als bijlage aan het preventiecontract en 9 gemeenten met enkel een drugplancontract. De projecten die op deze wijze betaald worden, werken over het algemeen goed.

Toch blijven er specifieke **problemen** bestaan met deze projecten.

Ten eerste komen de **straathoekwerk(st)ers, preventiewerk(st)ers en zorgverl(e)en(st)ers** die op deze wijze betaald worden te vaak in een **schemerzone** terecht. Hun positie ten opzichte van de cliënten is soms dubieus. Hun taak is de cliënten bij te staan bij het verbeteren of stabiliseren van hun welzijn en gezondheid. Hun taak is niet de politiediensten bij te staan bij het bestrijden van de criminaliteit. Door de geïntegreerde contractfinanciering (het drugcontract is vaak verwerkt in een veiligheidscontract), is dit niet altijd even duidelijk. Voortaan zullen de **straathoekwerk(st)ers, preventiewerk(st)ers en zorgverl(e)en(st)ers een duidelijke opdracht en een duidelijk statuut** krijgen in het contract met de gemeente.

Een probleem is het feit dat de hulpverl(e)en(st)ers, preventiewerk(st)ers en straathoekwerk(st)ers met contracten van één jaar tewerkgesteld worden. De federale regering zal onderzoeken hoe zij voortaan met **contracten van onbepaalde duur** (of met andere langdurige contracten) aangeworven kunnen worden.

Een **tweede probleem** is de onduidelijke **taakafbakening omtrent preventie** tussen de politiediensten en de psycho-medico-sociale sector. De internationale wetenschappelijke organisaties vragen dat de preventie van sociale en gezondheidsproblemen en de preventie van criminaliteit in elke situatie en bij elke interventie duidelijk van elkaar onderscheiden worden. De psycho-medico-sociale sector wordt verantwoordelijk voor de preventie van leegal en illegaal drugmisbruik; de politiediensten worden verantwoordelijk voor de (eventueel druggerelateerde) criminaliteitspreventie. De politiediensten hebben uiteraard ook een repressieve taak. De politiediensten en de preventiesector zullen verder ook in een permanente dialoog duidelijke afspraken maken, zodat een incompatibel beleid wordt vermeden.

Het **VSPP** beheert de (druggerelateerde) criminaliteitspreventie, en wordt **expliciet verantwoordelijk voor de preventie en aanpak van de maatschappelijke overlast**. Buitenlandse voorbeelden leren dat een decentrale aanpak van het overlastfenomeen, gekoppeld aan nationale ondersteuning, erg effectief is.

De concretisering van dit nieuwe, aan het VSPP toevertrouwde, beleid verplicht deze laatste instantie om de volgende inspanningen te leveren :

- het in kaart brengen van de problematiek op lokaal en supra-lokaal niveau;
- een studie voeren over de buitenlandse ervaringen in de strijd tegen de maatschappelijke overlast;
- overleg plegen met de bevoegde instanties;
- actiepunten uitvoeren via een nationale campagne (rekening houdend met lokale prioriteiten);
- ontwikkelen van evaluatiemethodes en ondersteuningsinstrumenten.

Bovendien zullen de actueel door de VSPP gerealiseerde activiteiten voortgezet en zelfs versterkt moeten worden. Het betreft :

- de evaluatie van de contracten (op basis van regelmatige projectbezoeken en opstelling van evaluatierapporten);
- projectondersteuning (op basis van opleidingsprogramma's die rekening houden met lokale behoeftes en op basis van een snelle reactie op nieuwe tendensen).

Ten derde is er te vaak onvoldoende **coördinatie** met andere initiatieven (van de federale overheid, de gemeenschappen, de gewesten, de provincies of de gemeenten). Om deze gebrekkige afstemming te verhelpen, zullen de met het luik « drugs » uit het globaal plan betaalde gezondheidswerk(st)ers zich voortaan (via een contractuele verplichting) inschrijven in het **preventie- en gezondheidsbeleid van de Gemeenschap, het Gewest of de federale overheid** waarbinnen ze actief zijn. Indien de contractsluitende gemeente hen detacheert, zal dit gebeuren naar **bestaande gezondheids- of welzijnsdiensten**. Verder zullen de voor **zorgverlening** bestemde middelen uit het drugplan toebedeeld worden door de minister van Volksgezondheid, in overleg met de minister van Binnenlandse Zaken en de gemeenschappen en de gewesten. De minister van Binnenlandse Zaken verdeelt de voor **preventie en lokale coördinatie** bestemde middelen uit het luik « drugs » van het globaal plan, in overleg met de minister van Volksgezondheid, de gemeenschappen en de gewesten. De **nationale evaluatie- en begeleidingscommissie** wordt afgeschaft. De Cel Drugbeleid zal haar taken overnemen, met name :

- de voorstellen van overeenkomst uitgaande van de gemeenten beoordelen en een gemotiveerd advies uitbrengen over elk van hen aan de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Volksgezondheid;
- toe zien op de tenuitvoerlegging van de gesloten overeenkomsten;
- er voor zorgen dat het programma, vastgelegd in de overeenkomst, perfect wordt ingepast in de andere programma's die reeds werden uitgevoerd in gelijkaardige domeinen.

De bovenstaande maatregelen moeten ertoe bijdragen de neveneffecten van **de éénjarige contracten** te neutraliseren, de welzijnswerk(st)ers **beter te omkaderen** en hun **bijscholing en opleiding** (die door de gemeenschappen georganiseerd wordt) te vereenvoudigen en verbeteren.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Binnenlandse Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij onderhandelt met de gemeenschappen. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid, de minister van Sociale Zaken en de minister van Maatschappelijke Integratie.

— *Timing*

Einde 2002 dient de bovenstaande hervorming rond te zijn.

— *Geraamd budget*

De taakafbakening omtrent drugpreventie tussen de politiediensten en de preventiesector heeft budgettaire consequenties voor de federale overheid en voor de gemeenschappen. De minister van Binnenlandse Zaken zal met de gemeenschappen onderhandelen.

Ook de nieuwe taak van het VSPP (ondersteuning van de lokale aanpak van de druggerelateerde maatschappelijke overlast) vergt investeringen, die besproken zullen worden bij de begrotingscontrole.

4.1.4. Internationaal drugbeleid

— *Inhoud*

België zal zich blijven inschakelen in het **Europese drugbeleid**. Niet alleen zal ons land waar mogelijk een beroep doen op de Europese programma's (voor bijvoorbeeld nazorg), maar ons land zal ook bij elke mogelijke gelegenheid de verdere uitbouw van de **Europese samenwerking** bepleiten. Het doel hiervan is een vernieuwend, realistisch, geïntegreerd beleid, waarbij justitiële, economische, sociale en gezondheidsaspecten globaal worden benaderd. Er dient hierbij ook controle te worden uitgeoefend op de productie van legale middelen.

Een grensoverschrijdend coherent beleid waarbij de **interne wetgevingen en praktijken** op het vlak van drugs zo veel mogelijk worden **geharmoniseerd** is wenselijk. België zal pleiten voor de oprichting van een **Europees monitoring-systeem** inzake wetgeving en praktijken op het vlak van drugs in de schoot van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving.

De **Cel Drugbeleid** zal, in Europees verband, optreden als « **nationale coördinator** » (punt 1.2.2 van het Actieplan 2000-2004). De Cel Drugbeleid zal de activiteiten binnen de **Pompidou-groep** (Raad van Europa) en de verschillende **organisaties van de Verenigde Naties** bijwonen. Het **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** zal de relaties onderhouden met het **Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** (punt 1.2.3 van het Actieplan 2000-2004).

Deze beleidsnota sluit aan bij het **Actieplan 2000-2004** tegen drugs van de **Europese Unie** en bij de **aanbevelingen van de Pompidou-groep van de Raad van Europa**. België zal actief blijven deelnemen aan de bijeenkomsten van de **Pompidou-groep**. België zal zich voortaan, zoals toegezegd aan de directeur van de **UNDCP**, **actiever opstellen** binnen de organen van de Verenigde Naties die rond drugs werken, en zal er op termijn de resultaten van haar ervaringen met « **demand-reduction** » en « **risk-reduction** » voorstellen.

— *Verantwoordelijke ministers*

De minister van Buitenlandse Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Andere ministers die regelmatig deelnemen aan internationale bijeenkomsten rond het onderwerp zijn de minister van Justitie, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Volksgezondheid (die verantwoordelijk is voor de Cel Drugbeleid).

4.2. EPIDEMIOLOGIE/EVALUATIE/ONDERZOEK

4.2.1. Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving

— *Inhoud*

Er is nood aan een **uniforme registratie van de klinische behandelingsgegevens**, een **inventarisering** van het reeds bestaande epidemiologisch onderzoek en een **bundeling van de resultaten**. Tevens moeten de **blinde vlekken** aangeduid worden en dient **nieuw onderzoek** doelgericht te worden geïnduceerd. De federale regering wenst daarom het nationale Focal Point geleidelijk om te bouwen tot een **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving**, dat onder de verantwoordelijkheid van de Cel Drugbeleid zal vallen.

De Cel Drugbeleid zal opdracht geven aan het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving om onder andere de **effecten van verschillende beleidsdaden te onderzoeken en onderling te vergelijken**. De Cel Drugbeleid zal op basis van deze cijfers voorstellen tot wijziging van het beleid formuleren.

Op deze wijze wordt niet alleen de gebrekkige Belgische epidemiologie op peil gebracht, maar komt ons land ook tegemoet aan haar **Europese verplichtingen**. Het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving wordt verantwoordelijk voor het implementeren van de **Europese standaard-indicatoren** (van het Europese

Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving). Voor 2000 zijn dit het druggebruik in de bevolking, de prevalentie van problematisch druggebruik, de zorgbehoefte, de mortaliteit en de infectueuze morbiditeit. Vanaf 2001 worden zij uitgebreid tot 29 indicatoren. Hoewel er zowel in de preventie als in de hulpverlening een grote hoeveelheid aan gegevens geregistreerd wordt, gebeurt dit op zeer verschillende wijzen en met zeer verschillende doelstellingen.

We beschikken in ons land nog niet over volledige **klinische behandelingsgegevens**. Momenteel werken de **gemeenschappen** aan degelijke registratiesystemen, die de hele zorgsector moeten binden. Zo heeft de Vlaamse Gemeenschap de voorbije drie jaar meer dan zestien miljoen geïnvesteerd om de Vlaamse Registratie Middelengebruik op poten te zetten. De VAD is er verantwoordelijk voor het systeem.

De **taken** van het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zijn :

- het installeren, ontwikkelen en onderhouden van een **communicatienetwerk** tussen de partners die betrokken zijn bij het drugprobleem (de bekendheid en zichtbaarheid van het Belgische Waarnemingscentrum vergroten);

- het verzamelen, analyseren, synthetiseren en verspreiden van **gegevens** met betrekking tot drugs en drugverslaving, alsook hun kwalitatieve en kwantitatieve verbetering (cijfers omtrent het druggebruik in de gehele bevolking, en dit ter aanvulling van wat op Gemeenschapsniveau gebeurt);

- het verzamelen, verspreiden en valoriseren van de **kennis** en inzichten in al de disciplines die geïnteresseerd zijn in drugs en drugverslaving (in samenwerking met de organisaties die hiervoor op Gemeenschapsniveau verantwoordelijk zijn);

- expertise opbouwen en **epidemiologisch onderzoek** stimuleren op dit terrein (in overleg met de bestaande koepelorganisaties);

- de Belgische verplichtingen vervullen tegenover het **Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving**;

- het **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** zal de registratie **harmoniseren** (op basis van de Europese variabelen en definities), zodat de cijfers federaal en Europees gebruikt kunnen worden. Via een unieke code kunnen dubbeltellingen vermeden worden, zonder de anonimiteit op te offeren. De unieke code wordt berekend aan de hand van een aantal identiteitsgegevens. Maar de omgekeerde berekening (uit de unieke code de identiteit afleiden) is niet mogelijk.

Deze taken kunnen enkel uitgevoerd worden in nauw overleg met de **gemeenschappen**. De huidige **samenwerking in het Belgian Information Reitox Network (BIRN)** (tussen het focal point en de 4 subfocal points, namelijk VAD, CCAD (nu Eurotox), ASL en CTB-ODB) blijft **behouden**.

De federale regering zal in de **Gezondheidsenquête** van 2001 een **module rond middelengebruik** opnemen, teneinde zicht te krijgen op het druggebruik in de bevolking. De vragen zullen gebaseerd zijn op het protocol van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving.

Er dient zowel epidemiologisch als evaluatief voldoende aandacht besteed te worden aan **man/vrouw-specifieke variabelen en verschillen**. Dit gebeurde vroeger te weinig, waardoor de visie op de drugproblematiek mogelijk (onbewust) **vervormd** is. Verder blijken vrouwen, in vergelijking met mannen, veel minder vaak een beroep te doen op de **zorgverstrekking**. Onderzoek naar de redenen van deze (waarschijnlijk groter wordende) discrepantie ontbreekt.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij onderhandelt met de gemeenschappen. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken.

— *Timing*

Het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zal opgericht worden in overleg met de gemeenschappen en de gewesten, op advies van de Cel Drugbeleid (indien die reeds operationeel is).

— *Geraamd budget*

Wat de oprichting van het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving betreft, wordt er momenteel een haalbaarheidsstudie gefinaliseerd. Deze studie raamt de kosten die de werking met zich zal mee brengen op 34 miljoen Belgische frank voor 2001, 32 miljoen Belgische frank voor 2002 en 29 miljoen Belgische frank voor 2003. Hiervan wordt jaarlijks 2 miljoen Belgische frank betaald door het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugverslaving. De federale regering zal met de gemeenschappen een akkoord afsluiten over de overige financiering. Tot nu toe werd het nationale *focal point* enkel vanuit de gemeenschappen betaald.

De genoemde bedragen zijn gebaseerd op de volgende raming :

Budget in Belgische frank (x 1 000)

Taak	2001	2002	2003
Coördinatie	2 216	2 216	2 216
Netwerk en communicatie	2 998	2 548	2 548
Prevalentie van druggebruik bij de bevolking	1 333	1 446	0
Indicator van de vraag naar behandeling	3 302	2 739	2 739
Lokale prevalentie van problematisch druggebruik	1 783	1 783	1 333
Nationale prevalentie van problematisch druggebruik	3 358	1 671	1 671
Incidentie van problematisch druggebruik	1 108	1 108	1 108
Mortaliteit	2 036	2 711	2 036
Infectieziekten verbonden met druggebruik	1 108	1 108	1 108
Analyse van de producten in omloop	1 851	1 851	1 671
TOTAAL	21 094	19 181	16 431
REITOX	12 431	12 319	12 319

4.2.2. Early warning

— *Inhoud*

Sedert december 1997 wordt er gewerkt aan een « **early warning-systeem** » voor nieuwe synthetische drugs. Het nationale *focal point*, de *subfocal points* en diverse laboratoria werken samen om nieuwe drugs te **identificeren** en het gebruik ervan **in kaart te brengen**. Deze informatie wordt **verspreid** onder de deelnemers en overgemaakt aan een aantal partners.

De omvorming van het nationale focal point tot een Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zal het mogelijk maken deze « *early warning* » **verder te vervolmaken** (meer laboratoria en meer socio-culturele informatie). Op federaal niveau zal het systeem grotendeels **beperkt** blijven tot de Europese verplichtingen. Het is dus niet de federale regering die « *on-site* »-testsystemen, waar gebruik(st)ers synthetische drugs kunnen laten testen (zoals bijvoorbeeld op het rock- en dansfestival te Dour gebeurt), zal betalen.

Regelmatige productanalyses (van producten afkomstig zowel van het gerecht als van het terrein) en een inventarisatie van nieuwe trends zullen bekendgemaakt worden aan het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving, de preventiesector, de hulpverleningssector, een aantal (supra-)nationale justitiële en politieke diensten en (waar mogelijk) de druggebruik(st)ers. De informatie zal tevens bekendgemaakt worden aan de verschillende telefonische informatiepunten (druglijn, antigifcentrum, ...).

Het systeem leidde onlangs tot de ontdekking en bekendmaking van het bestaan van de zogenaamde **olifant-XTC**, een gevaarlijke variëteit met een erg hoge dosis actieve stof. Ook **4-MTA** werd via het systeem ontdekt.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt.

— *Timing*

De timing valt samen met de timing die voorzien wordt voor de oprichting van het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving, dat het early warning-systeem zal leiden.

— *Geraamd budget*

Zie ook : Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving. De laboratoria dienen betaald te worden voor de prestaties die ze in dit kader verrichten. De minister van Volksgezondheid zal een vergoedingsregeling uitwerken.

4.2.3. Evaluatie behandelingsmethoden, zorgvoorzieningen, zorgcircuits en preventietechnieken

— Inhoud

Naast het epidemiologisch onderzoek is er vanuit de sector vraag naar een uniforme, permanente, wetenschappelijke **evaluatie van behandelingsmethodieken en preventietechnieken**. De Cel Drugbeleid zal hier een initiërende en sturende rol krijgen. Er gebeurt wel wat onderzoek in België, maar te verspreid en de resultaten worden onvoldoende teruggekoppeld naar de praktijk (hoewel zij de kwaliteit kunnen verhogen).

De verslavingszorg, en dan vooral de residentiële verslavingszorg, is **erg duur**. Het is belangrijk dat de hulpzoekende druggebruik(st)ers steeds de **meest efficiënte en effectieve hulp/begeleiding** krijgen. De federale regering zal de DWTC één of meerdere **evaluatieonderzoeken** laten uitschrijven naar de **effectiviteit (resultaten) van de verslavingszorg**. Een dergelijke evaluatie kan enkel gerealiseerd worden via longitudinaal onderzoek. Alle relevante voorzieningen en actoren moeten hierbij in beeld gebracht worden (de ziekenhuizen, de categoriale voorzieningen, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, de artsen, ...).

Verder zal de DWTC onderzoek laten verrichten naar de **organisatie van de verslavingszorg** (zie ook het volgende actiepunt). Het begrippenkader dat in de verslavingszorg geïntroduceerd wordt (zie ook : organisatie van de verslavingszorg) kan hierbij als referentiekader gehanteerd worden.

De Cel Drugbeleid zal ook gevraagd worden de resultaten van het buitenlandse onderzoek naar innovatieve behandelingstechnieken op te volgen.

— Verantwoordelijke minister

De minister van Wetenschapsbeleid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en de minister van Sociale Zaken.

— Timing

Uitschrijven van het onderzoek : juli 2001

— Geraamd budget

Er zal 16,5 miljoen Belgische frank ingeschreven worden op het budget van de DWTC om het onderzoek naar de effectiviteit van de verslavingszorg (inclusief haar organisatie) te betalen.

4.2.4. Evaluatie MSOC's

— Inhoud

Sedert 1 juli 1999 loopt er vanuit **de federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden** (DWTC) een **evaluatieonderzoek** van de MSOC's en hun netwerkvorming. Dit onderzoek loopt tot 30 juni 2001. Het staat nu al vast dat de MSOC's een behoorlijke opvang kunnen verzekeren voor gemarginaliseerde, problematische druggebruik(st)ers. De taken van de MSOC's zijn :

1. *medisch* : de kwaliteit van het leven van de druggebruik(st)er verbeteren door aan haar/zijn behoeften inzake behandeling te beantwoorden en door de gezondheidsschade van het druggebruik te verminderen;
2. *sociaal* : de druggebruik(st)er opnieuw in de maatschappij integreren (schuldbeheer, loonbeheer, huisvesting, sociale dekking, jobbegeleiding);
3. *motiverend* : de druggebruik(st)er motiveren om deel te nemen aan programma's die gericht zijn op een drugvrij leven.

Het RIZIV vergoedt de MSOC's min of meer **per patiënt**. Hierbij geldt een financieringsdrempel (bijvoorbeeld : 150 patiënten/week). Een aantal MSOC's zouden **meer patiënten** behandelen dan vergoedbaar is. Het evaluatieonderzoek zal uitwijzen of de financiering moet **herzien** worden.

Het is belangrijk dat de MSOC's zich integreren in het lokale netwerk en dat zij een duidelijke positie innemen in het regionale zorgcircuit.

Er is nood aan duidelijke samenwerkingsakkoorden tussen de MSOC's en andere ambulante en residentiële voorzieningen.

De federale regering zal op basis van het evaluatieonderzoek **haar beleid**, waar nodig, **bijsturen**.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Sociale Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en de minister van Binnenlandse Zaken.

— *Timing*

Dit actiepunt wordt uitgevoerd vanaf 1 oktober 2001.

— *Geraamd budget*

De federale regering wacht op de resultaten van het DWTC-onderzoek om beslissingen te nemen rond een mogelijke uitbreiding/heroriëntering van de middelen voor de MSOC's.

4.3. PREVENTIE

De **gemeenschappen** hebben een belangrijke bevoegdheid wat betreft preventie. Het hoofdstuk kan evenwel niet ontbreken in een beleidsnota die pleit voor een geïntegreerde, globale benadering. De beleidsnota bindt op dit moment enkel **de federale regering**. Er zal onderhandeld worden met de gemeenschappen. **De federale regering vraagt de gemeenschappen hun inspanningen op het gebied van preventie verder te zetten en erkent de autonome bevoegdheid van de gemeenschappen in deze materie.**

4.3.1. Psychoactieve geneesmiddelen

— *Inhoud*

Hoewel de vraag om behandeld te worden steeds meer van mannen komt, blijkt dat vrouwen verhoudingsgewijs meer hulp zoeken voor **een afhankelijkheid van geneesmiddelen**. De gespecialiseerde centra en de artsen moeten zich voldoende bewust zijn van deze problematiek. Afhankelijkheid van geneesmiddelen kreeg onvoldoende aandacht in het wetenschappelijk onderzoek. Het gaat om een zowel kwantitatief als kwalitatief ernstig probleem. Het betreft immers een ernstige verslaving, die in België beduidend meer slachtoffers maakt dan in de overige Europese landen. Naast het individuele leed berokkent deze verslavingsvorm ook schade aan onze economie, wegens de eraan gekoppelde productiviteitsdaling en het arbeidsverlet.

Dit actiepunt bevat beleidsmaatregelen die **specifiek op de psychoactieve geneesmiddelen** gericht zijn.

De minister van Volksgezondheid zal de **registratie van benzodiazepines en amfetamines** in overleg met de Europese partners herbekijken in het licht van hun therapeutische meerwaarde. Er zullen in overleg met de Europese partners **bijkomende waarschuwingen** aangebracht worden op de verpakkingen en bijsluiters van benzodiazepines (zie ook : sturen onder invloed). De Hoge Gezondheidsraad zal, in samenwerking met de universiteiten, artsen en apothekers, een **consensusconferentie** organiseren in verband met het voorschrijven van benzodiazepines. Er zal tevens een **preventiecampagne** opgezet worden om de bevolking te wijzen op de gevaren van benzodiazepines (waaronder verkeersrisico's).

Het **voorschrijfgedrag** van de medici zal, naar afhankelijkheid opwekkende middelen toe, preventief en repressief worden begeleid en opgevolgd via de Lokale Kwaliteitskringen (LOK) en de Provinciale Geneeskundige Commissies. De Provinciale Geneeskundige Commissies kunnen, in uitzonderlijke omstandigheden, het visum van een arts intrekken of doorverwijzen naar de Orde van Geneesheren en zelfs naar Justitie.

De federale regering zal tevens onderzoeken welke rol **Farmanet** in deze problematiek kan spelen, en meer bepaald of een uitbreiding van Farmanet tot de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen aangewezen is. Een confrontatie met de cijfers van Farmanet (in een vergelijking met het voorschrijfgedrag van collega-artsen) is vaak voldoende om het voorschrijfgedrag van een individuele arts bij te sturen.

Ook de **Farmaceutische Inspectie** zal haar rol in deze problematiek spelen (wet van 4 februari 2000).

De federale regering zal maatregelen nemen om de **beïnvloeding van het voorschrijfgedrag** van geneesheren door de farmaceutische industrie te beperken. Ze zal ook concrete initiatieven nemen om de reclame voor geneesmiddelen te beperken tot objectieve, wetenschappelijke voorlichting. De **onafhankelijke artsenbezoeken**, die georganiseerd worden door het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, worden behouden. De door het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie samengestelde **deskundigheidsbevordering-**

pakketen, die gebruikt kunnen worden door de LOK's, worden uitgebreid en ruimer verspreid. Het uitdelen van **artsenmonsters** zal gevoelig verminderd worden voor de benzodiazepines. Voor wat de **amfetamines** en andere verdovende middelen betreft, is het verspreiden van artsenmonsters reeds lang verboden.

Regelmatig worden (blanco) **voorschriftenboekjes** (en naamstempels) gestolen bij dokters met het oog op het verkrijgen van verdovende middelen. Er bestaat zelfs een illegale handel in deze voorschriftenboekjes en verdovende middelen. Het federale overlegplatform « veiligheid geneesheren », dat wordt voorgezeten door het VSPP, zal het concept van **de dubbele en genummerde voorschriften** verder uitwerken. De federale regering zal op basis van deze werkzaamheden een landelijk systeem van dubbele en genummerde voorschriften voor verdovende middelen **implementeren**.

De federale regering zal **overleg** plegen over de bovenstaande maatregelen met de artsorganisaties, de apothekersbonden en de farmaceutische industrie. De **geneesmiddelencel**, die werd opgericht door de minister van Sociale Zaken en de minister van Volksgezondheid, wordt verantwoordelijk voor de coördinatie van de hierboven vermelde maatregelen.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken, de minister van Economie en de minister van Binnenlandse Zaken.

— *Timing*

Dit actiepunt wordt momenteel uitgevoerd. De consensusconferentie « benzodiazepines » zal medio 2001 plaats moeten hebben. De opvolging van het voorschrijfgedrag en de preventiecampagne zullen begin 2001 uitgewerkt worden.

— *Geraamd budget*

Er zal 20 miljoen Belgische frank ingeschreven worden op de begroting van de minister van Volksgezondheid om dit actiepunt te verwezenlijken.

4.3.2. **Sturen onder invloed**

— *Inhoud*

Het sturen onder invloed (van legale en/of illegale drugs) zal worden **ontraden** via de **drugstesten** voor bestuurders.

Het sturen onder invloed van illegale drugs en geneesmiddelen werd expliciet strafbaar gesteld door de Wet van 16 maart 1999 en het daaruit volgende koninklijk besluit van 4 juni 1999. De minister van Justitie werkte intussen, in overleg met de minister van Mobiliteit en Vervoer, omzendbrieven en richtlijnen uit ten behoeve van de politiediensten en het openbaar ministerie.

De minister(s) hield(en) rekening met de volgende principes :

1. Een **sensibilisatie- of informatiecampagne** (georganiseerd door het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid, BIVV) informeert de weggebruik(st)er op preventieve wijze over het bestaan (en de bestaansgronden) van de wet en zijn rechten en plichten terzake.

2. De toepassing van de wet van 16 maart 1999 zal jaarlijks **geëvalueerd** worden; om deze evaluatie mogelijk te maken wordt een **registratiesysteem** uitgewerkt.

3. De wet heeft als doel de **verkeersveiligheid** te verhogen; de wet heeft niet als doel het druggebruik op zich aan te pakken of bepaalde (leeftijds)groepen te viseren en/of te discrimineren.

4. Het uitvoeren van een urine- en/of bloedproef is slechts gerechtvaardigd na het waarnemen van **uiterlijke tekenen** (door middel van een gestandaardiseerde testbatterij); de politiemensen worden opgeleid om deze uiterlijke tekenen met de grootst mogelijke betrouwbaarheid te herkennen.

5. Er zal gestreefd worden naar duidelijke **grenswaarden**.

6. Een aanbod aan zinvolle, **alternatieve straffen** wordt uitgewerkt.

De federale regering zal, waar nodig in overleg met de Europese partners, specifieke maatregelen uitwerken om ook het rijden onder invloed van **medicatie** tegen te gaan. De specifieke maatregelen bestaan uit :

1. het **aanbrengen van een waarschuwingsteken op de verpakking** van deze geneesmiddelen (gedacht wordt aan een sticker met een icoontje van een wagen in een rode verbodscirkel, die door de afleverende apotheker op de verpakking kan aangebracht worden terwijl hij de klant wat uitleg verschaft over de gevaren van het rijden onder invloed);

2. het **aanpassen van de bijsluiter**; en

3. het **sensibiliseren van de voorschrijvende artsen**.

Ook in de **opleiding van de politieagenten** die de bestuurders op nuchterheid controleren zal aandacht besteed worden aan het probleem.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor dit actiepunt. Hij overlegt met de minister van Mobiliteit en Vervoer. De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het deel rond de verpakking en bijsluiters van de geneesmiddelen en de sensibilisering van de artsen. De minister van Binnenlandse Zaken is verantwoordelijk voor het deel rond de opleiding van politieagenten.

— *Timing*

Uitvoeringsbesluit : 1 december 2000

Sturen onder invloed van medicatie : 1 januari 2002

— *Geraamd budget*

Het budget voor de maatregelen in verband met de psychoactieve geneesmiddelen wordt ingeschreven op de begroting van de minister van Sociale Zaken (zie ook : psychoactieve geneesmiddelen).

4.3.3. **Tabak en alcohol**

— *Inhoud*

Tabakspreventie en alcoholpreventie zijn noodzakelijk. De federale regering zal er zorg voor dragen dat de **Cel Drugbeleid** en de **Interministeriële Conferentie Drugbeleid** voldoende aandacht schenken aan deze producten. Dit actiepunt bevat enkel de **productspecifieke beleidsmaatregelen**, dit wil zeggen de beleidsmaatregelen die specifiek op één welbepaald product (tabak of alcohol) gericht zijn.

Tabak

Om doelmatig te zijn, dient de wetgeving zowel het **aanbod** (verkoopmodaliteiten, prijs, publiciteit) als het **gebruik** (op openbare plaatsen, op school, op het werk, ...) van tabak te regelen. Wettelijke initiatieven dienen aangevuld te worden met **bewustwordingscampagnes**. Een aantal maatregelen om het tabaksverbruik te verminderen, behoren tot de bevoegdheid van de federale regering.

De **publiciteit voor tabaksproducten** en afgeleide producten wordt gereguleerd door de wet Vanvelthoven, die gedeeltelijk vernietigd werd ten gevolge van het arrest d.d. 30 september 1999 van het Arbitragehof (Formule 1-wedstrijd van Francorchamps).

Het **openbaar vervoer** is in grote mate rookvrij. Deze materie wordt geregeld door het koninklijk besluit van 15 september 1976. Op trams, bussen en in vliegtuigen mag niet meer gerookt worden. Op de trein zijn er nog slechts enkele rokersplaatsen voorzien en die zijn steeds afgeschermd van de niet-ro(o)k(st)ers. Deze materie behoort tot de bevoegdheid van de minister van Mobiliteit en Vervoer. Gelet op de vele klachten, wordt ook hier de mogelijkheid en de opportuniteit van een totaal rookverbod onderzocht. Wellicht volstaat het om het aantal rokerscompartimenten in de treinen te laten verminderen.

In de **horeca** concentreert het rookprobleem zich enerzijds rond de verluchting en anderzijds rond de afgebakende zones. De reglementering in verband met de rookafzuigsystemen en de rookverbodzones wordt door de horecasector nu merkbaar beter nageleefd dan in 1999. De verbetering van de resultaten is ongetwijfeld een gevolg van (de aankondiging van) het strengere beleid en de aandacht die de media hieraan schonk. Aangezien de resulta-

ten verder verbeterd moeten worden en er nog steeds klachten toestromen, is het noodzakelijk om de controleacties van de Eetwarensinspectie geregeld te herhalen. In het kader van een geïntegreerde controleactie zal ook de tabaksreglementering dit najaar opnieuw gecontroleerd worden.

De federale regering zal met de gemeenschappen onderhandelen om **in de scholen** tot een verbetering van het rookgedrag te komen. De wetgeving rond het roken in de schoolomgeving dient aangevuld te worden door een **actief beleid van tabakspreventie**. Elke schoolgemeenschap zou een bindend en uitgeschreven rookbeleid moeten ontwikkelen dat kan opgenomen worden in het algemene schoolreglement. Het totale rookverbod biedt hierbij de meest efficiënte bescherming tegen het passief roken. Het vormt ook de ideale basis voor de promotie van een tabaksvrije levensstijl. De voorbeeldfunctie van de leerkrachten kan niet voldoende onderstreept worden.

Op dit moment worden aan sigaretten **additieven** toegevoegd die de verslaving kunnen vergroten. De mogelijkheid om deze additieven te verbieden moet onderzocht worden.

De **verkoop van tabaksproducten** levert de overheid jaarlijks bijna 68 miljard frank aan belastingen op. Hiertegenover staan 50 doden per dag. De federale regering zal extra middelen vrij maken om, in overleg met de deelregeringen, de strijd tegen tabak op te voeren.

Het anti-tabaksbeleid zal verder uitgewerkt worden in een beleidsnota van de minister van Volksgezondheid.

Alcohol

De federale regering vraagt de gemeenschappen voldoende ruimte vrij te maken in het onderwijspakket om adolescenten **te leren omgaan met alcohol** (zie ook : uitbouw van de preventie) en een **preventieaanbod** te voorzien **in het gezin en op de arbeidsplaats**.

De federale regering zal de aanbevelingen uit het **Europese Actieplan Alcohol 2000-2005** uitvoeren, voor zover die aanbevelingen verenigbaar zijn met de traditie, de cultuur en de publieke meningen op dit vlak.

Het probleem van de alcoholverslaving zal voldoende aandacht krijgen bij de uitwerking van **regionale zorgcircuits** en het bepalen van de regionale zorgbehoeftes (zie ook : organisatie van het zorgaanbod).

De federale regering zal de Belgische alcoholproducenten vragen stelling te nemen rond het document « *The Geneva Partnership on Alcohol : Towards a Global Charter* ». Dit document werd uitgewerkt door de internationale alcoholproducenten, in samenwerking met wetenschappers en beleidsmakers.

De minister van Volksgezondheid zal nagaan of de **reclamereglementering rond alcohol** aangepast moet worden aan de nieuwe (bij jongeren gepromote) mixdrankjes (de zogenaamde « *alcopops* »). Zij zal hierbij aandacht schenken aan de misleidende verpakkingen, de wettelijke verplichting tot een gescheiden aanbod, de promotie-stands op de feestjes voor jongeren, de specifieke reclamestrategieën en de beleidsaanbevelingen van het Europees Parlement. Zij zal overleg plegen met de gemeenschappen.

De **besluitwet van 14 november 1939 betreffende de beteugeling van dronkenschap** en de **wet van 15 juli 1960 tot zedelijke bescherming van de jeugd** zullen meer aandacht krijgen van de bevoegde inspectiediensten. Zij zullen bijzondere aandacht schenken aan de minimumleeftijd en het schenken van alcohol aan dronken personen. Het strafrecht dient ook hier het ultimatum remedium te zijn.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunten. Zij onderhandelt met de deelregeringen (die erg ruime bevoegdheden hebben in deze materie). Zij pleegt overleg met de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Economie.

— *Timing*

De verschillende maatregelen zullen in de loop van deze legislatuur uitgevoerd worden.

— *Geraamd budget*

Op de begroting van de minister van Volksgezondheid zullen middelen vrijgemaakt worden om, in overleg met de gemeenschappen, anti-tabaksmaatregelen te nemen.

4.3.4. Uitbouw van de preventie

— Inhoud

De visies en acties van de gemeenschappen moeten het uitgangspunt zijn van elk preventiebeleid.

De federale regering zal de gemeenschappen vragen de preventietrainingen structureel in te bouwen bij de **opleiding van de leerkrachten** en ruimte vrij te maken in het **onderwijspakket** voor het aanleren van « leefvaardigheden » (via bijvoorbeeld het onderwijspakket Leefsleutels). In de (voornamelijk vakoverschrijdende) eindtermen van het Vlaamse onderwijs zit dit reeds ingebouwd. De federale regering acht het wenselijk dat de drugpreventie voor jongeren start in de lagere school en doorloopt tot in het hoger onderwijs. Op dit laatste niveau lijken onder meer de preventie van alcohol- en geneesmiddelenmisbruik aangewezen.

De bestaande preventie-initiatieven op de verschillende niveaus dienen verder te worden **uitgebouwd** (en waar nodig op elkaar afgestemd). De preventie-initiatieven dienen tevens **wetenschappelijk onderbouwd en geëvalueerd** te worden overeenkomstig de richtlijnen en evaluatiecriteria van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving te Lissabon.

Naast **primaire preventie**, gericht tot een breed publiek of potentiële gebruik(st)ers, dienen ook de **secundaire en de tertiaire preventie**, respectievelijk gericht op vroegdetectie van problemen bij gebruik(st)ers en op schadebeperking bij de regelmatige gebruik(st)ers, voldoende te worden uitgebouwd. Bovendien dient preventie gericht te zijn op **alle drugs**, legaal zowel als illegaal. Gerichte preventie op buurtniveau of op **gemeentelijk niveau** (waarbij samengewerkt wordt tussen onderwijsinstellingen, gezondheidszorg, sociale hulpverlening, justitie, vrijetijdsorganisaties, werkgevers en vakbonden) verdient aanbeveling. De federale regering zal de gemeenten verder stimuleren om een lokaal beleid uit te werken.

De minister van Volksgezondheid en de minister van Binnenlandse Zaken zullen **onderhandelen** met de gemeenschappen en de gewesten. Zij zullen, indien nodig, **raamakkoorden** afsluiten met deze beleidsniveaus. De Cel Drugbeleid (zie supra) zal een forum bieden voor een geïntegreerd, overlegd drugbeleid. Het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zal, op nationaal vlak, de wetenschappelijke evaluatie van de drugpreventieprojecten sturen/inventariseren.

De federale regering wijst de gemeenschappen op het **Europese Actieplan 2000-2004**, waarin gepleit wordt voor de uitwerking van een **academische vorming « verslavingszorg »**. Verder dient de expertise rond middelenproblemen in de **basisopleiding van alle gezondheidswerkers** (verplegend personeel, artsen, maatschappelijk werk, ...) uitgebreid te worden. De federale regering zal de gemeenschappen vragen hier aandacht aan te besteden.

De Europese Commissie **subsidieert** Europese preventieprojecten.

De federale regering zal extra aandacht schenken aan het probleem van de **illegale dansfeesten** (de clandestiene « raves »), die op wisselende, semi-geheime locaties ingericht worden. De geldende wetgeving zou er genegeerd worden. Er zouden bijvoorbeeld inbreuken gepleegd worden op de brandveiligheid, de milieuwetgeving, de fiscale en sociale wetgeving, de auteursrechten, administratieve verplichtingen, Ook de alcohol- en drugwetgeving zou tijdens deze feesten met voeten getreden worden. Het erg besloten karakter maakt preventie bovendien moeilijk. De federale regering zal inventariseren hoe groot het probleem is en de Cel Drugbeleid belasten met het uitwerken van een concreet actieplan.

— Verantwoordelijke ministers

De minister van Binnenlandse Zaken is (op federaal niveau) verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid.

— Timing

Dit actiepunt zal uitgevoerd worden nadat de Cel Drugbeleid operationeel is geworden.

— Geraamd budget

Dit actiepunt creëert voorlopig federaal geen budgettaire meerkosten.

4.4. ZORGVERLENING, RISICOBEPERKING EN (HER)INTEGRATIE

De **door België ondertekende internationale verdragen** zijn niet bevorderlijk voor een **innovatief verslavingszorgbeleid**. Niet enkel een realistische reactie op het gebruik van cannabis, ook initiatieven om de schade ten gevolge van druggebruik te beperken (zoals spuitenruil, gecontroleerde heroïnevestrekking, *on-site-testing*, injectieruimtes, ...) zijn vooralsnog te weinig expliciet voorzien in de internationale verdragen. De federale regering zal, in overleg met andere, gelijkgezinde Europese landen, pleiten voor een **heronderhandeling van de VN-verdragen**. Het gaat hierbij in eerste instantie om het Enkelvoudig Verdrag van 30 maart 1961, het Verdrag van 21 februari 1971 en het Verdrag van 20 december 1988.

4.4.1. Organisatie van het zorgaanbod

— Inhoud

Waar preventie van drugmisbruik of drugafhankelijkheid tekort schieten, dient er een **gedifferentieerd antwoord van zorgverlening** geboden te worden. Van zodra druggebruik problematisch wordt voor de gezondheid van een persoon — in de zin dat men het eigen gedrag niet langer meer onder controle heeft — is er sprake van een probleem van geestelijke gezondheid. Naarmate de drugafhankelijkheid toeneemt, speelt ook de somatische factor een grotere rol. Meestal zijn er ook uitlokkende, versterkende of reactieve sociale elementen. Het **verslavingsprobleem** is een complex **bio-psycho-sociaal probleem**, dat een aangepast multidisciplinair antwoord behoeft.

Voortbouwend op het *Advies van de permanente werkgroep psychiatrie inzake de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg* (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 1997) dient **voor de doelgroep « verslaafden » een eigen globaal en geïntegreerd zorgaanbod gecreëerd te worden**.

De minister van Sociale Zaken en de minister van Volksgezondheid zullen een **meer geïntegreerd kader** ontwikkelen, rekening houdend met de uiteenlopende lokale behoeften die eigen zijn aan de drughulpverlening. De voorzieningen met RIZIV-conventies en het verslavingszorgaanbod van de psychiatrische (afdelingen van) ziekenhuizen zullen opgenomen worden in dit meer geïntegreerd wettelijk kader. Dit wettelijk kader moet het mogelijk maken om de verslavingszorg te organiseren in **lokale netwerken**. Deze regionale netwerken kunnen zich dan ontwikkelen tot lokale **zorgcircuits**. Ook de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zullen, indien de gemeenschappen dit wensen, deel uitmaken van deze zorgcircuits.

Een **« zorgcircuit »** is het volledige zorgaanbod van een netwerk voor een bepaalde doelgroep (in casu de verslaafden). Het is opgebouwd uit **« modules »** die samen alle noodzakelijke **« zorgtrajecten »** vertegenwoordigen voor die doelgroep, met garantie ten aanzien van de hulpvrager voor zorg op maat en voor continuïteit tussen de zorgfasen. Een **« module »** is een geglobaliseerd aanbod van zorg. Een module bestaat uit een combinatie van één of meer zorgfuncties, aangeboden in één of meer modi. Een module is dus een verzameling zorgactiviteiten in een specifieke context, gericht op een omschreven doel. Een **« zorgtraject »** is een verzameling modules. Een **« zorgtraject »** vormt een globaal onderdeel van het zorgprogramma dat als geheel een antwoord vormt op geglobaliseerde hulpvragen van een doelgroep ⁽¹⁾.

Door het uitbouwen van zorgcircuits kan men de verslavingszorg **optimaliseren**. De verslavingszorg kan zowel **verticaal** (uitbouwen en integreren van de categoriale verslavingszorg) als **horizontaal** (afspraken met de grenssectoren) **verbeterd** worden. Het zorgcircuit vergemakkelijkt de **zorg op maat** en de **continuïteit van de zorgverlening**. De verslavingszorg wordt verder geprofessionaliseerd door **uniforme registratie, kwaliteitsbewaking, het aanpassen van het aanbod aan de vraag, uniforme diagnostiek en indicatiestelling** en wetenschappelijk onderbouwde (**« evidence-based »**) **behandelingstechnieken**.

Een **aantal elementen zijn specifiek** voor de verslavingszorg :

1. Er dient ruime aandacht te zijn voor **motivatie**.
2. Een **lage instapdrempel, flexibiliteit, out-reaching** en **casemanagement**.
3. Er dient een **goede verhouding te zijn tussen zorgfuncties gericht op verandering (abstinentie), harm-reduction en sociale verslavingszorg** (aanbieden van basale overlevingshulp en het verminderen van de maatschappelijke overlast).
4. Het zorgaanbod dient **permanent aangepast** te worden. Gebruiksgewoonten en verslavingsproblemen evolueren immers razend snel.
5. Er is nood aan **zorgtrajecten voor specifieke doelgroepen** (zoals dubbeldiagnose-patiënten).

⁽¹⁾ Werkgroep Psychiatrie (1999), *Woordenlijst kernbegrippen GGZ*, Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Brussel, 5 p.

De lokale voorzieningen en actoren zullen verenigd worden in een « **Lokale Coördinatiegroep Drugs** » (LCD), die op haar beurt aansluiting zoekt bij de **overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg**. De **Provinciale Preventieplatforms** in Vlaanderen zullen uitgenodigd worden om actief deel uit te maken van de LCD. Ook de justitiële *case-managers* en de vertegenwoordig(st)ers van andere relevante organisaties (justitie, welzijn, gebruikersverenigingen, ouderverenigingen, ...) worden uitgenodigd om deel uit te maken van de LCD. Deze Lokale Coördinatiegroep Drugs krijgt **als taak** :

1. de **regionale zorgbehoefte** onderzoeken;
2. de drugpreventie en de drughulpverlening inventariseren en beschrijven in termen van regionale **zorgprogramma's** en **zorgcircuits** vanuit het **begrippenkader geestelijke gezondheidszorg**;
3. de ontbrekende functies en overlappingsen in de hulpverlening detecteren en lokaal via overleg invullen, respectievelijk afschaffen.

Er is een **specifiek zorgtraject voor jongeren** vereist. Het is immers raadzaam om het zorgaanbod voor minderjarigen en meerderjarigen gescheiden te houden. Dit betekent niet noodzakelijk dat categoriale voorzieningen voor jongeren aangewezen zijn.

Verder is ook een specifiek zorgtraject voor **sommige dubbeldiagnose-patiënten** aangewezen.

De **allochtone druggebruik(st)ers** zijn blijkbaar **ondervertegenwoordigd in sommige hulpverleningsvormen**. Zij zouden ook minder in aanmerking komen voor **gerechtelijke alternatieve maatregelen** en vaker in de gevangenis belanden. Er gebeurde reeds heel wat **onderzoek** naar dit fenomeen. In het buitenland werden **succesvolle maatregelen** genomen om het fenomeen te bestrijden. **Taal- en cultuurverschillen** spelen een rol en **interculturele bemiddelaars** kunnen een bijdrage leveren. Voldoende aandacht voor de **cultuurspecifieke betekenissen van verslaving** in de opleiding van de hulpverleners kan eveneens aangewezen zijn. Het is wenselijk dat het **aantal allochtone hulpverleners** toeneemt. Er moet gezocht worden naar behandelingsvormen met de **grootste garantie op sociale herintegratie**. De voorzieningen moeten extra inspanningen leveren om de allochtone druggebruikers te bereiken.

De LCD zal verder, als sturend organisme voor lokale netwerkvorming en in overleg met de Cel Drugbeleid, zo snel mogelijk een **netwerk voor spoed- en crisisopvang** uitwerken. De federale regering hecht veel belang aan dit initiatief (zie ook : netwerk voor spoed- en crisisopvang) en zal dan ook bewerkstelligen dat actieve participatie als verplichting wordt opgenomen in de financieringsvoorwaarden van de federaal betaalde voorzieningen. Ook de niet-specifieke crisisinterventiecentra zullen op hun verantwoordelijkheid gewezen worden.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid en de minister van Sociale Zaken zijn samen verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Zij onderhandelen met de gewesten en de gemeenschappen (en via de gemeenschappen met de provincies).

— *Timing*

De Lokale Coördinatiegroepen Drugs zullen in de loop van 2001 opgericht worden.

— *Geraamd budget*

De Lokale Coördinatiegroepen Drugs worden gecreëerd binnen de Overlegplatforms voor Geestelijke Gezondheidszorg en genereren dus geen meerkosten.

4.4.2. Financiering van de zorgverlening

— *Inhoud*

Momenteel wordt een deel van de behandelingscentra gefinancierd op basis van **individueel afgesloten RIZIV-conventies**. Een ander deel wordt gefinancierd op basis van de **ziekenhuiswetgeving**. Het **luik « drugs » van het globaal plan** vult deze financieringen aan. Ook de **deelregeringen**, de **provincies** en de **gemeenten** investeren in drughulpverlening.

Op basis van de lokale behoeften zal een **lastenboek** gemaakt worden van de te voorziene **zorgfuncties en zorgmodules**. Een geïntegreerd en globaal aanbod is het doel. Op lange termijn wordt gestreefd naar een **globale financiering van elk lokaal zorgcircuit**.

De minister van Sociale Zaken zal zo spoedig mogelijk **de case-load** van de via RIZIV-conventies gefinancierde **ambulante en dagcentra** evalueren. De teams van deze centra zouden chronisch overbelast zijn. Deze evaluatie vereist uiteraard een behoorlijke registratie en een instrument om de werklast te meten. Er dient rekening gehouden te worden met de tewerkstellingsmaatregelen van de federale regering, die voor sommige centra de case-load feitelijk verlicht hebben.

Aansluitend op de richtlijnen in verband met het penitentiaire drugbeleid, zoekt de minister van Maatschappelijke Integratie een oplossing voor de niet-verzekerde druggebruik(st)ers op wie een strafuitvoeringsmaatregel (voorwaardelijke vrijheid, halve vrijheid, ...) van toepassing is en die verzorgd worden in een MSOC of andere instelling met een RIZIV-conventie.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Sociale Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en de minister van Maatschappelijke Integratie.

— *Timing*

Evaluatie *case-load* ambulante en dagcentra : december 2001
Financiering per zorgcircuit : langere termijn

— *Geraamd budget*

De kosten hangen af van de evaluatie van de case-load van de ambulante en dagcentra.

4.4.3. **Verslavingszorgcasemanagement**

— *Inhoud*

Uit **onderzoek, binnenlandse experimenten en buitenlandse ervaringen** blijkt de wenselijkheid van het introduceren van de methodiek van het **casemanagement** in de verslavingszorg. *Casemanagement* is een vorm van **trajectbegeleiding**. Zwaar verslaafde druggebruik(st)ers, die reeds herhaaldelijk behandeld werden en hervielen en die zich moeilijk kunnen integreren, worden individueel opgevolgd. Het betreft vaak cliënten met een complexe en meervoudige problematiek (zie ook : dubbele diagnostiek). Zij veroorzaken vermoedelijk een aanzienlijk deel van de maatschappelijke overlast.

De **doelstellingen** van het *casemanagement* situeren zich zowel op het niveau van de cliënt(e) als op het niveau van de voorzieningen.

Op het **niveau van de cliënt(e)** beoogt de methodiek :

- het herval te beperken en, indien nodig een tijdige en vlotte heropname te regelen;
- zorg op maat en een gegarandeerde zorgcontinuïteit;
- bevordering van het maatschappelijk functioneren van de cliënt.

Op het **niveau van de voorzieningen** beoogt de methodiek :

- een betere coördinatie en afstemming binnen de verslavingszorg;
- het verbeteren van de communicatie tussen de voorzieningen (met instemming van de cliënt).

De methodiek wordt gekenmerkt door **vijf basisfuncties** : *assessment, planning*, directe en indirecte interventies (onder andere verwijzing, *outreaching*, coördinatie), *monitoring* en evaluatie.

De federale regering zal geld vrij maken op de begroting van de minister van Volksgezondheid om interessante *casemanagement*-projecten van de Lokale Coördinatiegroepen Drugs te subsidiëren. De Lokale Coördinatiegroep Drugs bepaalt zelf waar de verslavingszorg-casemanagers ondergebracht worden. De *casemanagers* dienen over voldoende ervaring in de verslavingszorg te beschikken en goed vertrouwd te zijn met alle relevante randdomeinen. Het is niet de bedoeling dat zij de taken van bestaande voorzieningen invullen.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij overlegt met de minister van Sociale Zaken. Zij onderhandelt met de gewesten en de gemeenschappen. Zij laat zich inspireren door het onderzoeksproject dat loopt in de provincie Oost-Vlaanderen.

— *Timing*

Dit actiepoint zal uitgevoerd worden nadat de regionale zorgcircuits (of toch minstens de Lokale Coördinatiegroepen Drugs) gevormd werden.

— *Geraamd budget*

Er zal 30 miljoen Belgische frank worden ingeschreven op de begroting van de minister van Volksgezondheid om de interessante lokale projecten te subsidiëren.

4.4.4. Druggebruik(st)ers met psychiatrische problemen (dubbele diagnostiek)

— *Inhoud*

De **gezondheidssector**, en meer specifiek de **geestelijke gezondheidssector**, wordt in toenemende mate met **middelengebruik** geconfronteerd. Zowel in de **residentiële voorzieningen**, als in de **ambulante en dagvoorzieningen**, dient er zich een groeiende groep patiënten aan die naast hun psychiatrische stoornis ook kampen met een verslavingsprobleem. **Omgekeerd** geldt dat veel cliënten die zich aanbieden in de **verslavingszorg** eveneens worstelen met een **psychiatrische stoornis**. Middelenmisbruik en psychiatrische aandoeningen **beïnvloeden mekaar** op een negatieve wijze. Voor een flink deel van deze zogenaamde **dubbeldiagnose-groep** blijkt het huidige zorgaanbod ontoereikend. Zij vinden moeilijk aansluiting in de verslavingszorg (omdat ze psychiatrisch gestoord zijn), en zij vinden moeilijk aansluiting in de psychiatrische gezondheidszorg (omdat ze verslaafd zijn). Dit resulteert in **frequent heen-en-weer-geschuif** tussen de verschillende voorzieningen en een **hoge drop-out-ratio**.

De dubbeldiagnose-groep zorgt voor nogal wat **maatschappelijke overlast** en wordt gekenmerkt door een **hoge behandelkost**. Dit hangt samen met de **kenmerken van deze groep**, namelijk :

1. een complexe, multidimensionele problematiek met een moeilijke diagnostiek;
2. beperkte cognitieve en *coping*-vaardigheden;
3. een beperkte motivatie, frequente *drop-out*, en frequent herval (in middelengebruik en in psychiatrische symptomatologie);
4. hoog risicogedrag en veel geweld (tegen zichzelf en tegen anderen);
5. juridische en strafrechtelijke problemen;
6. vaak dakloos.

De **doelstellingen van het zorgaanbod** voor de dubbeldiagnosegroep zijn het verbeteren van het algeheel niveau van functioneren, het beperken van het middelengebruik en de gerelateerde problemen, het stabiliseren van de psychiatrische stoornis, *harm-reduction* en resocialisatie (woonst, werk en dagvulling). Dubbele diagnosecliënten vormen een doelgroep bij uitstek om aan **casemanagement** te doen.

Binnen sommige voorzieningen wordt reeds vele jaren aandacht besteed aan de dubbeldiagnose-patiënten. Er is heel wat **expertise** opgebouwd. De federale regering zal de experimenten rond dubbeldiagnose **evalueren** en **ondersteunen**. Ze zal pilootprojecten opzetten in de vorm van afzonderlijk eenheden voor intensieve behandeling van dubbeldiagnosepatiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Hierbij worden geen nieuwe bedden gecreëerd, maar komt er een betere personeelsomkadering en vorming van bestaande acute behandelafdelingen. De federale regering zal er tevens op toezien dat de dubbeldiagnose voldoende aandacht krijgt bij de **uitbouw van de regionale verslavingszorgcircuits** en bij **het bepalen van de zorgfuncties**. Indien uit de programmatie van de zorgcircuits zou blijken dat er **leemtes** bestaan, zal de federale regering **initiatieven** nemen. « *Cross-trained teams* », die zowel behandelmethodieken uit de verslavingszorg als behandelmethodieken uit de psychiatrische zorg beheersen, lijken alleszins noodzakelijk.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint.

— *Timing*

Op korte termijn kan de evaluatie en ondersteuning van de bestaande experimenten rond dubbele diagnose gebeuren.

De pilootprojecten zullen medio volgend jaar gestart worden.

— *Geraamd budget*

De noodzakelijke investeringen zullen besproken worden bij de begrotingscontrole.

4.4.5. Netwerk voor spoed- en crisisopvang

— *Inhoud*

Alle actoren in de geestelijke gezondheidszorg hebben ten aanzien van dringende hulpvragen de verantwoordelijkheid om modaliteiten te voorzien om patiënten en hun families verder te helpen, bijvoorbeeld telefonisch consult geven; mogelijkheden voorzien voor een niet-geplande dringende consultatie of voor dringende opname in een psychiatrische ziekenhuisdienst. Alle voorzieningen moeten zich zo organiseren dat ze voldoende bereikbaar zijn.

Sinds 1992 lopen er in algemene ziekenhuizen drie **pilootprojecten voor crisispsychiatrie** (Stuivenberg in Antwerpen, Van Gogh in Charleroi en Brugmann in Brussel). In Brussel bestaat bovendien een afzonderlijke spoed- en crisisopvang voor toxicomanen. Daarnaast zijn er ook enkele algemene ziekenhuizen die met eigen middelen een dienst voor crisispsychiatrie hebben opgezet (bijvoorbeeld EPSI Brugge). De officiële pilootprojecten werken elk vanuit een eigen model. Ze verschillen onder andere op het punt van de aard van de samenwerking met de dienst spoedgevallen en het maximaal aantal dagen opname in de crisiseenheid. De drie pilootprojecten worden momenteel geëvalueerd met het oog op bijsturing tot één uniform model voor crisispsychiatrie. Volgende conclusies kunnen uit deze ervaringen getrokken worden :

— Middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid zijn samen de belangrijkste reden voor opname in de dienst spoedgevallen.

— Voor een deel van de op de dienst spoedgevallen behandelde patiënten is een intensieve, zogenaamde crisishospitalisatie vereist met een korte therapeutische interventie waardoor een klassieke psychiatrische hospitalisatie kan worden voorkomen. Na een verblijf van 1,5 dagen tot maximum 5 dagen kan bij 80 % van hen een langdurige hospitalisatie worden voorkomen.

— Dit soort van eenheid vereist een hogere financiering dan de huidige financiering van de A-bedden. Deze meeruitgave wordt ruimschoots gecompenseerd door de besparing die wordt gerealiseerd doordat 80 % van de patiënten die in de crisiseenheid hebben verbleven niet moeten worden gehospitaliseerd.

Vanuit de praktijk wordt de **dringende nood gesignaleerd tot meer capaciteit voor crisisopnames**, vooral voor verslaafden. Uit onderzoek blijken minimale eenheden van 4 tot maximum 8 patiënten in een algemeen ziekenhuis wenselijk. Voorwaarde voor het goed functioneren van zo een crisiseenheid is de inschakeling in een zorgcircuit.

De **geschatte behoefte aan crisisopvang** is een eenheid van 4 à 8 bedden voor 300 000 tot 500 000 inwoners in functie van de densiteit van bewoners en geografische spreiding, dit wil zeggen ongeveer 120 bedden voor België. Specifiek voor verslaafden wordt de behoefte geschat op 60 bedden voor België.

De minister van Volksgezondheid zal, in overleg met haar collega van Sociale Zaken, een specifiek wettelijk kader creëren voor de normering, financiering en erkenning van de crisispsychiatrische eenheden in algemene ziekenhuizen.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken.

— *Timing*

Start van de gefaseerde invoering : medio 2001 voor 20 bedden, begin 2002 voor 40 bedden.

— *Geraamd budget*

De noodzakelijke investeringen zullen besproken worden bij de begrotingscontrole.

4.4.6. Minderjarigen

— Inhoud

De federale regering heeft maar **zeer beperkte bevoegdheden** naar minderjarigen toe. Toch moet er bijzondere aandacht besteed worden aan de **minderjarigen**. Het is immers eenvoudiger een beginnend verslavingsproces te doorbreken dan een langdurige verslaving te beëindigen. Er moet ook benadrukt worden dat **experimenteergedrag** bij jongeren een normale evolutie is bij het volwassen worden. Disproportionele reacties kunnen contraproductieve effecten hebben.

De **Comités voor de bijzondere jeugdzorg** moeten naar de druggebruikende minderjarigen toe hun rol kunnen spelen. De sociale dienst van het comité voor de bijzondere jeugdzorg kan zelf de hulpverlening uitvoeren of doorverwijzen naar een externe hulpverlenende dienst. De **diversiemaatregelen** van justitie bieden ook heel wat mogelijkheden aan de jeugdrechters en het openbaar ministerie. Het gevaar van de **net-widening** mag hierbij niet uit het oog verloren worden.

Het wordt aanbevolen steeds **beide ouders** te betrekken bij het hulpverleningsaanbod, zelfs indien de ouders gescheiden leven.

De federale regering benadrukt tot slot het belang van de ouderwerking. Sommige ouders van minderjarige, problematische druggebruikers hebben nood aan informatie, vorming, training en een expliciet therapeutisch aanbod. De regering zal onderzoeken op welke wijze zij hiervoor middelen kan vrijmaken. In de eerste plaats wordt gedacht aan nieuwe modules in de specifieke RIZIV-conventies.

— Verantwoordelijke minister

Dit punt is volledig gemeenschapsbevoegdheid. De federale regering zal in de Cel Drugbeleid antwoorden op de wensen van de gemeenschappen in dit verband en is bereid alle initiatieven te nemen die het beleid van de gemeenschappen kunnen ondersteunen. De minister van Sociale Zaken is verantwoordelijk voor de nieuwe modules rond ouderwerking in de RIZIV-conventies.

— Timing

Gerechtigde maatregelen : einde 2001.

— Geraamd budget

De minister van Justitie zal de budgettaire gevolgen van deze maatregel inschatten.

4.4.7. Nazorg

— Inhoud

De (al dan niet delinquente) druggebruik(st)ers moeten voortaan een beroep kunnen doen op een beter georganiseerde **nazorg**. De hulpverlening speelt een bijzondere rol inzake maatschappelijke integratie (en bijgevolg het voorkomen van herval). De federale regering zal meer aandacht vragen (en geld vrijmaken) voor nazorg bij de instellingen die zij financiert. De federale regering zal ook nagaan of er geld kan vrijgemaakt worden in het kader van de drugcontracten en de stadscontracten.

Er dient een **beter afstemming** te zijn tussen de verschillende initiatieven die bestaan om (ex)-verslaafden toe te leiden naar de **arbeidsmarkt**. Deze initiatieven vertrekken best vanuit de **gemeenschappen**. Zij zijn immers bevoegd voor de beroepsopleiding, de arbeidsbemiddeling en het welzijn. Aan deze sectoren zal gevraagd worden om samen met bijvoorbeeld de OCMW's en de verslavingszorg een **actieplan** te ontwerpen inzake de tewerkstelling van (ex)-verslaafden. Er kunnen in dit verband contacten gelegd worden met de justitiehuisen en het forensisch welzijnswerk. Een arbeidsmarktgericht vormings- en opleidingstraject, dat naadloos aansluit bij de hulpverlening, geeft immers de beste garantie op een duurzame integratie in de samenleving.

Er zal tevens voor gezorgd worden dat de **uitvoering van (oude) straffen** zo min mogelijk een eventueel reïntegratieproces hypothekeert. De **recente richtlijn van de minister van Justitie** in verband met de uitvoering van relatief korte gevangenisstraffen voor druggebruikende delinquenten komt reeds tegemoet aan deze doelstelling.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Maatschappelijke Integratie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij onderhandelt met de gemeenschappen en de gewesten. Hij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken, de minister van Tewerkstelling en Arbeid, de minister van Justitie, de minister van Volksgezondheid, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Grootstedenbeleid.

— *Timing*

Einde 2001.

— *Geraamd budget*

De minister van Maatschappelijke Integratie zal middelen voorzien voor het tewerkstellingsplan. De minister van Sociale Zaken zal het RIZIV vragen de nazorg mee te organiseren. De federale regering zal ook nagaan wat de mogelijkheden zijn in het kader van het drugplan en de stadscontracten.

4.4.8. Substitutiebehandelingen— *Inhoud*

De omkaderde **substitutiebehandelingen** zijn zinvol gebleken. De volgende **positieve effecten** werden waargenomen :

- een vermindering van het gebruik van andere opiaten;
- een toename van de sociale productiviteit;
- een daling van het risicogedrag;
- een beter contact met de hulpverlening;
- een verbetering van de fysische en psychische gezondheid en een daling van de mortaliteit.

De federale regering zal de (door de Hoge Gezondheidsraad aangepaste) conclusies van de **Consensusconferentie** (Gent, 8 oktober 1994) omzetten in afdwingbare **wetgeving**. Om een beleid, gestoeld op wetenschappelijk onderzoek, mogelijk te maken, en om dubbelverstrekkingen te vermijden zal een eenvormige (centrale en anonieme) **registratie** uitgewerkt worden. Er zal geïnvesteerd worden in de (verplichte) **opleiding** en bijscholing van artsen. De artsen zullen deel uitmaken van een omkaderend **psycho-sociaal netwerk**, zodat de patiënten multidisciplinair begeleid worden. Er moet immers vermeden worden dat artsen (die individueel een substitutiebehandeling moeten kunnen voorschrijven) zich omscholen tot « methadon-loket ». Er komen **transregionale akkoorden** in de Euregio's, die (naast de hierboven genoemde maatregelen) een antwoord moeten bieden op het methadon-toerisme.

De penitentiaire substitutiebehandelingen krijgen voldoende aandacht in de nieuwe richtlijn in verband met het penitentiaire drugbeleid.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Zij onderhandelt met de gewesten en de gemeenschappen.

— *Timing*

Regelgeving : begin 2001 wetswijziging, einde 2001 : koninklijk besluit met registratieregeling.
Start registratie : 1 januari 2002.

— *Geraamd budget*

De investeringen worden op 14 miljoen Belgische frank geraamd. Deze kredieten worden ingeschreven op de begroting van de minister van Volksgezondheid.

4.4.9. Spuitenruil

— *Inhoud*

Op 7 juli 2000 werd het **koninklijk besluit** van 5 juni 2000 over de spuitenruil (wet van 17 november 1998) gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Het uitvoeringsbesluit bepaalt dat de spuitenruil moet gepaard gaan met **informatie** over het goed gebruik van het materiaal, het bestaan en de indicaties van serologische tests, en het aanbod aan psychologische, sociale, medische en juridische hulp. De spuitenruil mag niet tot **overlast** leiden voor de buurt. De **deelregeringen** zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en financiering van de spuitenruil.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid ondertekende het koninklijk besluit.

— *Timing*

Dit actiepunt is uitgevoerd.

— *Geraamd budget*

De financiering van de spuitenruil valt ten laste van de deelregeringen.

4.4.10. Gecontroleerde heroïneverstrekking

— *Inhoud*

In het **buitenland** (onder andere Nederland en Zwitserland) lopen en liepen **wetenschappelijke experimenten rond gecontroleerde heroïneverstrekking**. De federale regering zal de resultaten van deze experimenten **evalueren**. Er lijkt onder andere een **gunstige invloed** te zijn op het aantal nieuwe **hiv- en hepatitisbesmettingen**.

De federale regering zal **geen experimenten** opzetten of betalen rond gecontroleerde heroïneverstrekking.

De **Cel Drugbeleid** kan de **wergroepen** die in de verschillende landsgedeelten rond het onderwerp actief zijn met elkaar in contact brengen.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt.

— *Timing*

De timing is afhankelijk van de buitenlandse experimenten.

— *Geraamd budget*

Dit actiepunt genereert geen budgettaire meerkosten.

4.5. REPRESSIE

De strijd tegen de handel in verdovende middelen (aanbod) vormt de eerste **prioriteit** van elk strafrechtelijk beleid dat een beperking van druggebruik en druggerelateerde delinquentie beoogt.

Deze strijd tegen de drughandel moet echter gepaard gaan met een beleid dat tevens **de vraag** naar verdovende middelen tegengaat en bijgevolg met een beleid dat een maximale beperking van individueel gebruik betracht.

Tevens leidt druggebruik al te vaak hetzij tot **afgeleide criminaliteit** hetzij tot **maatschappelijke overlast**. Dit aspect moet speciale aandacht krijgen, niet alleen vanwege het openbaar ministerie, **maar ook vanwege alle overheidsinstanties**.

Men moet vaststellen dat de **repressieve actie zijn beperkingen heeft** ten aanzien van een groot aantal problematische druggebruikers. Deze beperkingen staan **rechtstreeks in verband** met de beperkingen in de sociale en gezondheidsvoorzieningen.

In deze context dient de bestraffing van eenvoudig gebruik, en in zekere mate van gebruik dat leidt tot strafbare feiten of maatschappelijke overlast, een ultieme stap te zijn in het optreden van de parketten, en is het slechts te rechtvaardigen als remedie tegen een weerkerend **individueel probleem**.

Het is bijgevolg belangrijk te streven naar **samenwerking** tussen het gerecht, de socio-medische wereld en het onderwijs. Hierbij is het de bedoeling een antwoord te formuleren op de verschillende behoeftes en een precies kader te bepalen dat **tegelijktijd** een maatschappelijke en gezondheidsbenadering van het fenomeen drugverslaving **én** een opportune, redelijke en eenvormige straftoemeting beoogt, zodat de openbare veiligheid wordt gewaarborgd en de maatschappelijke orde wordt hersteld.

Als een druggebruiker ondanks alles in hechtenis wordt genomen, moet er in het kader van een coherent penitentiair beleid over gewaakt worden dat de probleemgebruiker zo geplaatst wordt dat hij kan afgeraken van zijn mogelijke verslaving. Dit veronderstelt dat druggebruik in de gevangenis wordt uitgeroeid, maar tevens dat de druggebruiker toegang krijgt tot de noodzakelijk hulpverlening en therapie. Tevens moet over de **continuïteit** van deze diensten na zijn vrijlating worden gewaakt.

4.5.1. Federaal Veiligheidsplan

In de eerste plaats verwijzen we naar het **Federaal Veiligheids- en Detentieplan**.

Vooraf de federale programma's rond **de georganiseerde misdaad** en **de witteboordencriminaliteit** hebben hun belang in **de strijd tegen de georganiseerde drughandel**. Zonder hun inhoud te herhalen, verwijzen we naar de projecten 27 (het in kaart brengen van de georganiseerde misdaad), 28 (wetenschappelijk onderzoek naar de georganiseerde misdaad), 29 (internationale samenwerking), 31 (bijzondere opsporingstechnieken), 32 (afluisteren, kennisnemen en opnemen van privé-communicatie en telecommunicatie), 33 (inbeslagname van criminele vermogens), 34 (spijtoptantenregeling, bescherming van getuigen en de mogelijkheid om anoniem te getuigen), 35 (hoedanigheden van officier van gerechtelijke politie), 39 (permanent overlegforum inzake financiële en economische delinquentie), 40 (voordeelontneming), 41 (buitgerichte recherche) en 42 (internationale samenwerking).

4.5.2. Strafrechtelijk beleid — drughandel

— *Inhoud*

De minister van Justitie zal, in overleg met het College van Procureurs-Generaal, een **richtlijn** uitwerken in verband met de aanpak van de drughandel. Deze richtlijn zal onder andere **prioriteiten** bevatten. De strijd tegen de **oneigenlijke aanmaak van en handel in precursoren** en de strijd tegen de **productie van synthetische drugs** zal opgevoerd worden. Verder zijn de **cocaïneimport** en **de handel in heroïne** erg verontrustend. Wat betreft het **drugtoerisme** dient de preventieve en hulpverleningsdimensie verder uitgebouwd te worden (zoals bijvoorbeeld in het G-Vis-project gebeurde). De mogelijkheden tot **inbeslagname en verbeurdverklaring** worden via een richtlijn van de minister van Justitie en via wetgevende initiatieven geoptimaliseerd. Elk onderzoek naar drughandel van enige omvang zal gepaard gaan met een **financiële analyse** op het niveau van de politiediensten of parketten.

Het « **programma drugs** » van de Rijkswacht zal opgenomen worden binnen de federale politie. Hier wordt informatie over druggerelateerde politionele operaties gecentraliseerd. Op termijn wordt de werking uitgebreid tot het intelligence-niveau. Dit alles zal gepaard gaan met specialisatie en doorgedreven opleiding en bijscholing van de magistratuur enerzijds en de politiediensten anderzijds.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie en de minister van Binnenlandse Zaken zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunten.

— *Timing*

De richtlijn zal verspreid worden in de maand juni van 2001.

— *Geraamd budget*

Dit punt genereert geen extra kosten.

4.5.3. Strafrechtelijke reactie op druggebruik

— *Inhoud*

Eerste vraagpunt : Wat is de beleidsruimte in het licht van de internationale verdragen (V.N., Schengen) en van het Europees drugsbeleid?

1. De internationale verdragen

De VN zelf, en alle internationale experts op het vlak van de drugsverdragen en de drugswetgeving zijn het eens over de volgende conclusies :

Met betrekking tot het bezit van cannabis voor eigen gebruik zijn enkel het VN. Sluikhandelsverdrag van 1988 (art. 3, 2, 4 (c) en (d)) en de Schengen-uitvoeringsovereenkomst (1990) (artikel 76) van belang.

Uit de analyse van deze bepalingen kan men volgende conclusies trekken :

1. Men heeft de keuze tussen de strafrechtelijke weg of de administratiefrechtelijke weg.

— de *strafrechtelijke weg* laat toe gebruik te maken van het opportuniteitsbeginsel wat voor bepaalde vormen van bezit de facto leidt tot depenalisering (geen strafrechtelijke sanctie vermits geen vervolging). Men kan de strafrechtelijke reactie sterk differentiëren en individualiseren. De mogelijkheden zijn zeer uitgebreid;

— de *administratiefrechtelijke weg* laat eveneens een brede waaier van administratieve sancties toe, die ook tot op zekere hoogte geïndividualiseerd kunnen worden toegepast.

Toch dient aangestipt dat de administratieve weg veel sterker ingrijpt dan de stereotype strafrechtelijke afhandeling en bovendien geen opportuniteitsbeginsel kent.

De politie is verplicht de administratieve overtreding vast te stellen (er is geen eenheid van opsporing en vervolging zoals in het strafrechtelijk circuit) en de administratieve instantie moet oordelen.

Uit de praktijk in een aantal EU landen (zie verder) blijkt bovendien dat vaak stereotiep gebruik wordt gemaakt van administratieve boetes. Deze sanctie wordt over het algemeen afgeraden ten opzichte van druggebruikers.

Artikel 76 van de Schengenuitvoeringsovereenkomst verplicht tot goed nabuurschap : Schengen-lidstaten die een toleranter drugsbeleid wensen te voeren dan hun aangrenzende lidstaten, dienen ervoor te waken dat de aangrenzende lidstaten geen nadelige effecten (o.a. drugstoerisme en de bijhorende overlast) ondervinden.

BRONNEN

— De Ruyver, B., « Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in Europees en VN-perspectief. », Vlaams Parlement, september 2000, Brussel, blz. 15.

— De Ruyver, B., « Drugsbeleid in de Europese Unie », Gedr. St. Kamer, 1997, nr 1062/3, blz. 107.122.

— Ministerie van Justitie Nederland, Notitie gedoogbeleid cannabis., 2000, blz. 8.

— De Nauw, A., « Drugs », A.P.R., 1998, blz. 4.

— Silvis, J., « De internationale juridische speelruimte voor Nederlands drugbeleid. » in BlomM, T.; De Doelder, H. en Hessing, D.J. (eds.), Naar een consistent drugbeleid. Een congresverslag. Deventer, 1996, blz. 221-223.

— Arnao, G., « *The Single Convention and drug policy reform.* » *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, Nr 3, 1999, blz. 173.

— Krajewski, K., « *How flexible are the United Nations drug conventions ?* », *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, Nr 4, 1999, blz. 332.

— *United Nations, Commentary on the United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances 1988*, United Nations, New York 1998, blz. 85-89.

2. Het Europees drugsbeleid

— De meeste Europese landen kennen de laagste vervolgingsprioriteit toe aan het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor persoonlijk gebruik (bijvoorbeeld België) of vervolgen dergelijke handelingen niet (Nederland, Denemarken, Groot-Brittannië, Oostenrijk) of leggen geldboeten op voor een eerste overtreding van cannabisbezit

voor persoonlijk gebruik (Ierland) of verwijzen deze categorie van wetsovertreders naar de hulpverlening van begeleiding (Zweden, Frankrijk).

— Buiten Spanje, Italië en — in de toekomst — Portugal volgen alle EU-lidstaten de strafrechtelijke weg. Deze drie landen hebben een aantal handelingen gedecriminaliseerd en ze het statuut gegeven van een administratieve overtreding waarvoor een administratieve sanctie voorzien is.

Spanje :

— de teelt en het aanschaffen zijn strafbaar gesteld maar de Spaanse rechtspraak en ook de praktijk tonen aan
— dat men eigenlijk niet vindt dat deze handelingen zouden moeten worden bestraft;
— bezit en gebruik in openbare ruimte worden administratief bestraft;
— het Spaans hooggerechtshof heeft op 28 september 1999 beslist dat het bezit voor eigen gebruik, ook in de private sfeer, administratief strafbaar is.

Italië :

— import, het aanschaffen en het bezit voor eigen gebruik zijn administratieve overtredingen die administratief worden gestraft met onder andere boetes en het intrekken van allerlei vergunningen onder andere rijbewijs, wapenvergunning en andere.

BRONNEN

— Dorn, N.en Jamison, A., « *Room for manoeuvre. Overview of comparative legal research into national drug laws of France, Germany, Italy, Spain, the Netherlands and Sweden and their relation to three international drugconventions, (based on research by an international team Yann Bisiou (France), Tom Blom (The Netherlands), Lorenz Böllinger (Germany), Maria Luisa Cesoni (Italy), José Luis de la Cuesta and Isidoro Blanco (Spain), and Josef Zila (Sweden))*, London, 2000, blz. 24.

— De Ruyver, B., Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en V.N. perspectief, Vlaams Parlement, september 2000, Brussel.

— Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie, Lissabon 2000.

3. Besluit

Het VN-sluikhandelsverdrag van 1988 verplicht België tot een juridische reactie op het bezit van drugs — ook cannabis — voor eigen gebruik.

Een decriminalisering is mogelijk maar in dit geval is men verplicht van het bezit van drugs voor eigen gebruik een administratieve overtreding te maken en te voorzien in een administratieve sanctie zoals reeds is gebeurd in enkele EU-landen.

In het licht van de ultimum remedium filosofie en van de zorg voor een passende en geïndividualiseerde maatschappelijke reactie is de strafrechtelijk weg absoluut te verkiezen boven de administratiefrechtelijk afhandeling. Strafrechtelijk kan men het opportuniteitsbeginsel hanteren en beschikt men over een brede waaier aan geïndividualiseerde afhandelingsmogelijkheden. De ervaringen in Spanje en Italië tonen aan dat een administratieve sanctie hoofdzakelijk patrimoniaal van aard is.

Wetswijziging en bindende directieve van de regering ter attentie van de bevoegde justitiële autoriteiten, de bestuurlijke overheden en de politiediensten inzake de afhandeling van lokale drugsaanleggenheden, meer specifiek drugsgerelateerde criminaliteit en drugsoverlast.

1. Principes

Er wordt **een wijziging** aangebracht aan de **Drugwet** van 24 februari 1921, in die zin dat het onderscheid wordt gemaakt tussen Cannabis en andere illegale drugs en dat het gebruik in groep van illegale drugs niet langer strafbaar wordt gesteld, bij toepassing van artikel 1 van de wet van 1921 door de regering een bindende directieve uitgevaardigd die de Regering en alle beleidsactoren, zowel bestuurlijk als strafrechtelijk, ertoe verplicht over te gaan tot de uitvoering van een drugsbeleid dat de preventie, de hulpverlening en de beveiliging van de samenleving integreert in één beleidsconcept.

Deze directieve, die legistiek wordt verwerkt in een koninklijk besluit dat enkel handelt over de cannabisproblematiek, is een geschikt instrument om op een soepele wijze in te spelen op de snelle ontwikkelingen waardoor het drugsfenomeen wordt gekenmerkt.

Deze directieve vormt de beleidsmatige vertaling van de **aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs** van de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, die op 5 juni 1997 verslag uitbracht (Gedr. St., Kamer, 1996-1997, n^o 1062/1 tot 3). U vindt de aanbevelingen in bijlage. Deze directieve houdt rekening met het evaluatieonderzoek naar de toepassing van de vorige richtlijn (de richtlijn van 8 mei 1998 nopens het vervolgingsbeleid inzake bezit en detailhandel van illegale verdovende middelen).

Uit het evaluatieonderzoek bleek dat een **niet-eenvormige beteugeling** van druggebruik door de verschillende parketten blijft bestaan. Zowel de **waaijer aan maatregelen** die de richtlijn van 8 mei 1998 bood, als de **vage criteria en het voor interpretatie vatbare begrippenkader** waren hieraan debet. Deze directieve poogt duidelijker aan te geven wat de beoordelingsmarges zijn in het opsporings- en vervolgingsbeleid. Zij moet interpretatieverschillen zo goed mogelijk uitsluiten om tot een eenvormige toepassing te komen.

Bovendien, zo bleek uit het evaluatieonderzoek, worden **vervolgning** en het opleggen van een **gevangenisstraf** nog relatief vaak aangewend, hoewel de parlementaire werkgroep concludeerde dat een repressieve interventie tegenover een druggebruik(st)er slechts gerechtvaardigd is wanneer de betrokkene daarnaast ook inbreuken heeft gepleegd die de maatschappelijke orde verstoren en een maatschappelijke reactie vereisen.

Bovendien moet men rekening houden met de nieuw politieorganisatie en de nieuwe structuren die hierbij in het leven zijn geroepen.

Het beheersen van lokale problemen waarbij preventie, hulpverlening, risicobeheersing, tegengaan van criminele en andere overlast hand in hand moeten gaan, is een dwingende opdracht voor de lokale bestuurlijke overheden in overleg met de procureur des Konings, verantwoordelijk voor het opsporings- en vervolgingsbeleid. Het zonaal veiligheidsoverleg is het aangewezen forum om een lokaal geïntegreerd drugsbeleid te voeren. De politiediensten moeten van hun aansturende overheden duidelijke instructies krijgen.

Het opsporingsbeleid en het vervolgingsbeleid worden beschouwd als **onderdeel van één beleid**. Het opsporingsbeleid dient een afgeleide te zijn van het vervolgingsbeleid.

De nadruk wordt gelegd op de toepassing van **artikel 151, § 1, van de Grondwet** en op **artikel 143ter, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek**. De directieve is bindend voor alle leden van het openbaar ministerie. Vanzelfsprekend komt het aan het Openbaar Ministerie toe om het bewijs te leveren van het drugsmisdrijf dat men wenst te vervolgen.

De directieve past in een **normaliseringsbeleid**, de zogenaamde derde weg tussen prohibitie en anti-prohibitie, gericht op rationele risicobeheersing en gestoeld op drie peilers : preventie, hulpverlening en repressie. Het belang van een **vroege interventie door de hulpverlening** wordt benadrukt. Het strafrechtelijk beleid tegenover druggebruikers moet gebaseerd zijn op de volgende principes :

1. De strafrechtelijke interventie is ten aanzien van de druggebruik(st)er steeds het **ultimum remedium**. Buiten specifieke risicosituaties, zoals sturen onder invloed en het veroorzaken van maatschappelijke overlast, is druggebruik op zich geen reden tot een vergeldende interventie.

2. De **strafrechtelijke interventie** houdt rekening met de individuele toestand van de betrokkene. Problematische druggebruik(st)ers die in contact komen met politie of justitie zullen georiënteerd worden naar de hulpverlening. Uitgangspunt is de vrijwilligheid en het respect voor de eigen finaliteit van justitie enerzijds en de hulpverlening anderzijds.

3. Middelenafhankelijkheid is **geen reden om crimineel gedrag te verschonen**.

De **minister van Justitie en het College van procureurs-generaal** zullen een **nieuwe richtlijn** uitvaardigen die in overeenstemming is met de wetswijziging en met de principes en de regeling die worden vastgelegd in het cf. *supra* aangekondigde koninklijk besluit.

2. Principes van het vervolgingsbeleid

Er wordt bij de opsporing en de vervolging een onderscheid gemaakt tussen cannabis en andere illegale drugs enerzijds en tussen de drie categorieën van drugsmisdrijven anderzijds.

U vindt het schema in bijlage.

Uitgangspunten

Een algemeen beginsel dat als een rode draad door heen het strafrechtelijk beleid inzake drugs loopt, is het **ultimum remedium- beginsel** wat impliceert dat op elk niveau van de strafrechtsbedeling in de mate van het moge-

lijke en zeker wanneer er sprake is van problematisch gebruik, gestreefd wordt naar een minimale strafrechtelijke interventie ten aanzien van de druggebruiker. Dit geldt niet voor de drugproductie en voor de drughandel.

De kritiek op de vorige richtlijn en haar toepassing kan worden samengevat door drie sleutelbegrippen, met name, onduidelijk, vrijblijvend en gedesorganiseerd.

— *Onduidelijk* : het gehanteerde begrippenkader liet te veel ruimte voor interpretatie en veroorzaakte veel rechts-onzekerheid doordat de rechtsonderhorige niet meer wist wat nu wel en niet strafbaar was en vooral, wat nu wel en niet zou vervolgd worden.

— *Vrijblijvend* : door de niet-uniforme toepassing in de praktijk komt men opnieuw tot de vaststelling dat het ene parket anders optreedt dan het andere. Er is dus een te grote vrijblijvendheid in de strafrechtelijke reactie met verwarring in hoofde van de rechtsonderhorige tot gevolg.

— *Gedesorganiseerd* : door een gebrek aan eenheid in het gevoerde strafrechtelijke drugsbeleid veroorzaakt door een nog te grote interpretatieruimte voor de individuele parketmagistraat wordt ook de indruk gegeven dat het beleid niet georganiseerd verloopt.

De aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs worden derhalve consequent vertaald in een directieve die ditmaal precies aangeeft wat de beoordelingsmarges zijn in het opsporings- en vervolgingsbeleid inzake cannabis en die **DUIDELIJKHEID en ORGANISATIE** moet brengen in dat deel van het drugsbeleid. Daarnaast zal ook een richtlijn genomen worden door de minister van Justitie en het College van procureurs-generaal voor de andere aspecten van het drugbeleid (andere dan cannabis) :

— *Duidelijkheid* : deze directieve heeft als hoofddoelstelling de appreciatieruimte tot het absolute minimum te beperken, zodat er in hoofde van de rechtsonderhorige zekerheid is nopens de maatschappelijke reactie. Er is derhalve geen ruimte meer voor vrijblijvende actie, maar integendeel moet er geageerd worden conform een dwingend actiepatroon. De dwingendheid wordt gerealiseerd door concrete actiemodellen op te leggen.

— *Organisatie* : de dwingendheid moet met zich brengen dat er eenheid komt in het gevoerde beleid van de 27 parketten van het Rijk. Ook de organisatie moet duidelijker zijn en overall identiek. Vooral het inschakelen van de justitiële *case-manager* moet garant staan voor een georganiseerd en gelijkvormig verloop van de actie van het openbaar ministerie over het ganse land

Het is niet overbodig de **basisfilosofie** van de regering inzake druggebruik, in het bijzonder inzake cannabisgebruik in herinnering te brengen : de drugproblematiek is een maatschappelijke aangelegenheid die vanuit een *globaal en geïntegreerd standpunt* moet bekeken worden en als dusdanig een dergelijke aanpak vraagt. De nadruk ligt op **preventie** en een **professionele hulpverlening**, met zo nodig en als stok achter de deur, een repressief luik. De richtlijn heeft ook een **educatief aspect** waarbij de betrachting is de bevolking en de jongeren in het bijzonder dat aspect bij te brengen. Daarom ook dat de regering allerminst het signaal wil geven dat cannabisgebruik eigenlijk als evident, alledaags of normaal moet beschouwd worden. Dat is het helemaal niet. Dit belet nochtans niet dat de overheid zijn energie niet moet steken in verantwoordelijk en niet-probleematisch gebruik. Integendeel, de actie van de overheid is vooral gericht naar jongeren en zelfs jonge adolescenten, actie die diverse vormen kan aannemen, met nadruk op de hulpverlening.

Er wordt in het opsporings- en vervolgingsbeleid een onderscheid gemaakt tussen :

— *categorie 1* : het invoeren, vervaardigen, vervoeren, bezitten van een kleine hoeveelheid illegale drugs voor eigen gebruik;

— *categorie 2* : het invoeren, vervaardigen, vervoeren, bezitten van een hoeveelheid illegale drugs die de kwalificatie « bezit voor eigen gebruik » (categorie 1) te boven gaat en/of die gepleegd worden in het kader van de in de drugwet voorziene verzwarende omstandigheden (bijvoorbeeld aanwezigheid minderjarigen)

— *categorie 3* : druggerelateerde misdrijven, andere dan deze voorzien in categorie 1 en categorie 2.

De directieve is gebaseerd op het hiernavolgende schema, waarin de drie categorieën worden behandeld :

Categorie 1 : bezit voor eigen gebruik

A. Cannabis

1. *Bij opsporing en vaststelling* wordt **geen** proces-verbaal (bij toepassing van artikel 28ter, § 1, Wetboek van Strafvordering) opgesteld ten behoeve van de procureur des Konings. Er zal ook geen beslag meer worden gelegd op de (noodzakelijkerwijze kleine dosis) aangetroffen drugs. Wel is er de verplichting tot betaling van de gerechtskosten indien die er zijn.

Het gaat hier om een gebruikershoeveelheid of een hoeveelheid waarvan men redelijkerwijze mag veronderstellen dat ze niet bestemd is voor de verkoop.

Er zal wel worden voorzien in een anonieme, politionele registratie (Polis, PIP, ISLP, ...), gekoppeld aan een maandelijks verslag aan de PK over « *de evolutie op het terrein* ».

Uitzondering hierop wordt gemaakt indien er een *aanwijzing* is voor **problematisch gebruik** of **gebruik met overlast**. In dit geval wordt een gewoon PV opgesteld met omstandig verslag van het problematisch gebruik of het gebruik met overlast. Onder « *problematisch gebruik* » moet worden verstaan gebruik dat men niet meer onder controle heeft, wat tot uiting komt in bijvoorbeeld drugafhankelijkheid, druggerelateerde criminaliteit, ... Dit betekent dat een volgehouden persoonlijk gebruik niet noodzakelijk problematisch is. Onder « *overlast* » moet worden het gebruik in aanwezigheid van minderjarigen of in situaties van openbare overlast zoals voorzien in de Nieuwe Gemeentewet (artikel 135, § 2, 7°)

Het **opsporingsbeleid** richt zich prioritair naar overlast- of risicosituaties, zoals concentraties van gebruikers en/of dealers in de buurt van scholen, speelpleinen, e.d.m.

2. *Inzake de vervolging* kunnen volgende hypothesen onderscheiden worden :

2.1. Beperkt bezit voor eigen gebruik of incidenteel gebruik zonder aanwijzing of vermoeden van problematisch gebruik

Cf. hoger inzake opsporing : GEEN proces-verbaal, dus geen strafrechtelijk gevolg

2.2. Aanwijzing van problematisch gebruik

De PK verwijst door naar de justitiële *case-manager* die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er **twee** mogelijkheden : *ofwel* aanvaardt betrokkene de doorverwijzing **niet**, in welk geval de PK de keuze maakt over te gaan tot een waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, pretoriaanse probatie (hierna PP) of strafvervolging. *Ofwel* aanvaardt betrokkene de doorverwijzing **wel**, in welk geval het vervolg afhangt van het therapeutisch advies :

— *positief advies* : ook dan zijn er twee mogelijkheden, met name, *ofwel* **aanvaardt** betrokkene de behandeling en beslist de PK tot bemiddeling in strafzaken of PP, *ofwel* **aanvaardt** betrokkene de behandeling **niet** in welk geval de PK de keuze maakt tussen een waarschuwing, vervolging, minnelijke schikking, strafbemiddeling of PP.

— *negatief advies* : het strafdossier wordt zonder gevolg gezet

2.3. Overlast- en/of risicosituaties

De PK maakt een onderscheid tussen de vraagzijde en de aanbodzijde. Wat de **vraagzijde** betreft maakt hij een keuze tussen de waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, PP of strafvervolging. Voor de **aanbodzijde** beslist de PK tot strafvervolging en, indien opportuun, tot het uitlokken van een administratieve maatregel *in casu* plaatsverbod/sluiting uit te vaardigen door de lokale autoriteiten (cf. artikelen 119*bis*; 123, 12°; 133; 134*ter* en 134*quater* van de nieuwe gemeentewet).

B. Andere illegale drugs

1. Bij *opsporing* en *vaststelling* wordt een gewoon proces-verbaal opgesteld. Het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis wordt per definitie als problematisch aanzien, in het kader van de opsporing.

Het opsporingsbeleid richt zich prioritair naar overlast – of risicosituaties, zoals concentraties van gebruikers en/of dealers in de buurt van scholen, speelpleinen, e.d.m.

2. *Inzake de vervolging* kunnen volgende hypothesen onderscheiden worden :

2.1. Beperkt bezit voor eigen gebruik of incidenteel gebruik zonder aanwijzing of vermoeden van problematisch gebruik

Onder voorbehoud van een beslissing over de betaling van de gerechtskosten en de inbeslaggenomen drugs en/of andere goederen maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing of de minnelijke schikking.

2.2. Aanwijzing van problematisch gebruik

De PK verwijst door naar de justitiële case-manager die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er **twee** mogelijkheden : *ofwel* aanvaardt betrokkene de doorverwijzing niet en maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, pretoriaanse probatie (hierna PP), of strafvervolgning. *Ofwel* aanvaardt betrokkene de doorverwijzing wel en hangt het vervolg af van het therapeutisch advies :

- *positief advies* : ook dan zijn er twee mogelijkheden. *Ofwel* aanvaardt betrokkene de behandelingen maakt de PK een keuze tussen bemiddeling in strafzaken of PP. *Ofwel* aanvaardt betrokkene de behandeling niet en maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, , minnelijke schikking, strafbemiddeling, PP of strafvervolgning.
- *negatief advies* : het strafdossier wordt zonder gevolg gezet.

2.3. Overlast- en /of risicosituaties

De PK maakt onderscheid tussen de vraagzijde en de aanbod zijde. Wat de vraagzijde betreft maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, PP of vervolging. Wat de aanbodzijde betreft maakt de PK een keuze tussen de strafvervolgning en, indien opportuun, het uitlokken van een administratieve maatregel, *in casu* plaatsverbod uit te vaardigen door de lokale autoriteiten (cf. artikelenn 119*bis*, 123, 12°, 133; 134*ter* en 134*quater* van de nieuwe gemeentewet).

Categorie 2 : Het invoeren, vervaardigen, vervoeren en bezitten van een hoeveelheid drugs die de kwalificatie « bezit voor eigen gebruik » te boven gaat of die gepleegd worden in het kader van de in de drugwet voorziene verzwarende omstandigheden (bijvoorbeeld aanwezigheid minderjarigen)

1. Bij **opsporing** en **vaststelling** wordt een gewoon PV opgemaakt waarin duidelijk de hoeveelheden in beslag genomen drugs wordt aangegeven en, indien aanwezig, uitvoerige vermeldingen worden opgenomen van de aanwijzingen van problematisch gebruik.

Het **opsporingsbeleid** richt zich prioritair naar overlastsituaties (cf. supra), naar risicosituaties (cf. supra) en naar grote dealers.

2. Inzake de **vervolgning** kunnen volgende hypothesen onderscheiden worden :

2.1. De misdrijven voorzien in categorie 2 die gepleegd worden om ondermeer te voorzien in eigen gebruik

Men heeft de keuze tussen twee opties, keuze die wordt bepaald door de aanwezigheid van een **problematisch gebruik** en door de **zwaarwichtigheid van de feiten**

In de **eerste optie** verwijst de PK door naar de justitiële case-manager die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er twee mogelijkheden :

— *positief advies* : ook dan zijn er twee mogelijkheden. *Ofwel* **aanvaardt** betrokkene de behandeling en maakt de PK een keuze tussen bemiddeling in strafzaken of PP. *Ofwel* **aanvaardt** betrokkene de behandeling **niet** en maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, vervolging, minnelijke schikking, strafbemiddeling of PP.

— *negatief advies* : (geen hulpvraag en/of afhankelijkheid) maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, strafbemiddeling (leerstraf of werkstraf), PP of vervolging.

In de **tweede optie** wordt overgegaan tot strafvervolgning.

2.2. De misdrijven voorzien in categorie 2 worden gepleegd uit louter winstbejag of met de verzwarende omstandigheden voorzien in de drugwet

In dat geval wordt overgegaan tot strafvervolgning.

Categorie 3 : druggerelateerde misdrijven andere dan voorzien in categorie 1 en 2

1. De misdrijven die hier worden **bedoeld zijn** :

- i. de verwervingsmisdrijven van zwaarwichtige aard (gewapende overval, straatroof, ...);
- ii. expressieve misdrijven van zwaarwichtige aard (slagen en verwondingen, zware bedreiging, gijzeling, ...);

iii. consensuele misdrijven van zwaarwichtige aard (lidmaatschap van criminele organisatie betrokken in drugsproductie, drugshandel, productie en handel op grote schaal, ...).

2. Het **opsporingsbeleid** zal hier prioritaire aandacht aan besteden. Bij vaststelling wordt een gewoon PV opge maakt. Indien er in hoofde van de betrokkene aanwijzingen zijn van problematisch gebruik wordt daarvan uitvoering melding gemaakt.

3. Inzake de **strafvervolg**ing zal de PK, bij het beoordelen van deze categorie van misdrijven, rekening houden met volgende overwegingen :

i. het gegeven dat een misdrijf druggerelateerd is houdt geen verzachtende omstandigheid in of verschoont de dader niet. M.a.w., de PK zal bij de beoordeling ook rekening houden met de zwaarwichtigheid van de feiten.

ii. de aanwezigheid van problematisch gebruik. In de mate van het mogelijke worden de premisses van beveiliging van de samenleving (zwaarwichtigheid van de feiten) en een geïndividualiseerde en zo vroeg mogelijke therapeutische interventie (problematisch gebruik) met elkaar verzoend

De PK maakt een **onderscheid** tussen :

1. Druggerelateerde misdrijven waarbij in hoofde van de betrokkene aanwijzingen bestaan van problematisch gebruik

De *eerste mogelijkheid* is dat de PK oordeelt dat de zwaarwichtigheid van de feiten een geïndividualiseerde afhandeling, desgewenst in therapeutische zin, **niet** in de weg staat :. In dat geval verwijst de PK door naar de justitiële case-manager die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er **twee** mogelijkheden :

— *positief advies* : de PK stelt PP of strafbemiddeling met verwijzing naar hulpverlening voor;

— *negatief advies* : (*geen hulpvraag en/of afhankelijkheid*) : de PK maakt een keuze tussen de waarschuwing, strafbemiddeling (*leerstraf of werkstraf*), of strafvervolging.

De *tweede mogelijkheid* is dat de PK oordeelt dat de zwaarwichtigheid van de feiten, al dan niet gekoppeld aan de sociaal gevaarlijkheid van de betrokkene, een geïndividualiseerde afhandeling, op niveau van de vervolging **wel** in de weg staat. In dat geval gaat de PK over tot strafvervolging omwille van de zwaarwichtigheid van de feiten. Nochtans sluit dit niet uit dat hij bij de uitoefening van de strafvordering zich akkoord verklaart met een probatieopschorting of probatie-uitstel.

2. Druggerelateerde misdrijven waarbij in hoofde van de betrokkene geen aanwijzingen zijn voor problematisch gebruikstrafvervolging omwille van de zwaarwichtigheid van de feiten

In dat geval gaat de PK over tot strafvervolging.

Enkele organisatorische principes

1. Er moet dus een efficiënt intern controlesysteem geconcipieerd worden, zodat de inhoud van de directieve ook daadwerkelijk op het terrein wordt toegepast. Elke procureur des Konings zal daarop worden aangesproken, zowel inzake cijfergegevens, als inzake de inhoudelijke beslissingen.

2. Eén of meer gespecialiseerde magistraten worden belast met drugdossiers, met dien verstande dat er steeds één enkele parketmagistraat per parket is, de zogenaamde « **referentiemagistraat drugs** », die de **eindverantwoordelijkheid** draagt voor de behandeling van de drugproblematiek binnen het arrondissement.

Zo zullen de magistraten die niet in een drugsectie, of sectie die onder meer de drugzaken behandelt, werkzaam zijn, te allen tijde moeten terugkoppelen naar de referentiemagistraat drugs, zodanig dat deze laatste er zich kan en moet van vergewissen dat de uitgestippelde drugspolitiek niet alleen door de gespecialiseerde magistraten, maar ook door de andere magistraten, die eerder toevallig in aanraking komen met drugzaken (bijvoorbeeld tijdens de nacht- en weekenddiensten) wordt gevolgd, zodat alvast binnen hetzelfde parket zekerheid bestaat dat alle magistraten dezelfde houding aannemen.

3. De referentiemagistraten drugs van alle parketten komen geregeld samen (bijv. 4 keer per jaar) om de evolutie van de drugspolitiek op dit vlak te bespreken en op te volgen. Op die manier kunnen de parketten ook onderling van elkaar leren hoe met bepaalde problemen wordt omgegaan en wordt de « *best-practice* » optie op het terrein ook daadwerkelijk toegepast. Eén en ander kan ook aanleiding zijn tot besprekingen in het kader van de werkzaamheden van de Raad van procureurs des Konings.

4. Uiteraard berust de eindverantwoordelijkheid voor het binnen het arrondissement gevoerde drugbeleid bij de procureur des Konings zelf.

5. Het werkzaam, eenvoudig en uniform meetinstrument (registratie en statistiek), dat reeds in de vorige omzendbrief werd aangekondigd, zal thans ten spoedigste worden ontwikkeld en zal het voorwerp uitmaken van een navolgende omzendbrief.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint.

— *Timing*

Dit actiepoint zal uitgevoerd worden tegen het einde van het jaar 2001.

— *Geraamd budget*

De noodzakelijke investeringen zullen besproken worden bij de begrotingscontrole.

4.5.4. Straftoemeting

— *Inhoud*

Om de **stigmatisering van een strafblad** te vermijden, zal de eerste veroordeling met uitstel niet langer vermeld worden op het uittreksel uit het strafregister (dienstig voor een sollicitatie), indien deze veroordeling betrekking heeft op druggerelateerde feiten (andere dan handel). De veroordeling met uitstel (en ook de opschorting) blijven wel opgenomen in het strafregister, zodat de politie en de justitie niet van deze informatie verstoken blijven.

De **probatiewet** biedt de rechter ruime mogelijkheden tot individualisering van de straftoemeting ten aanzien van overtreeders van de drugwet. Het opleggen van geïndividualiseerde probatievoorwaarden vereist een **ruime toepassing van de maatschappelijke enquête**. De magistraten dienen (eventueel via wetwijzigingen) gestimuleerd te worden om uitgebreid beroep te doen op de probatiewet. Er wordt nog te vaak gekozen voor een gevangenisstraf met uitstel of een geldboete. Het wetsvoorstel omtrent de autonome alternatieve straffen zal de strafrechters toelaten om gevangenisstraffen te vervangen door meer zinvolle straffen.

Indien de procureur des Konings niet vraagt om de probatiewet toe te passen ten aanzien van druggebruik(st)ers die geen andere misdrijven hebben gepleegd, zal hij dit voortaan moeten **motiveren**.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint.

— *Timing*

- Ruimere toepassing van de probatie : einde 2001
- Stigmatisering strafblad : juli 2002
- Advies Commissie Holsters : einde 2001

— *Geraamd budget*

De minister van Justitie beschikt over een ruim budget om dit actiepoint te realiseren.

4.5.5. Therapeutisch advies

— *Inhoud*

Het **therapeutisch advies** is een werkvorm die tot doel heeft gebruik(st)ers van illegale drugs die opgepakt worden door de politie onder toezicht van het openbaar ministerie in contact te brengen met de hulpverlening met als doel uit te maken of een begeleiding aangewezen is. Op basis van deze screening wordt een hulpverleningsadvies geformuleerd. De hulpverlening checkt de problematische levensdomeinen van de druggebruik(st)er en initieert een bewustwordingsproces. Hierbij staat de vrijwilligheid van de gebruiker in kwestie centraal. Deze projec-

ten zijn op dit moment afhankelijk van plaatselijke samenwerkingsafspraken tussen de politie en het parket enerzijds, en de hulpverlening anderzijds. De projecten worden vooralsnog niet vanuit de overheid gefinancierd.

De federale regering zal er bij de gemeenschappen op aandringen deze **werkvorm wettelijk te erkennen**. De federale regering zal in het kader van de veiligheids- en samenlevingscontracten, de preventiecontracten en de drugcontracten **geld vrijmaken** om de werkvorm te subsidiëren. Ook in het kader van de gerechtelijke alternatieve maatregelen, de strafbemiddeling of de praetoriaanse probatie kunnen via het ministerie van Justitie fondsen ter beschikking worden gesteld.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij onderhandelt met de gemeenschappen. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Sociale Zaken.

— *Timing*

Dit actiepunt zal worden uitgevoerd na de oprichting van de Cel Drugbeleid.

— *Geraamd budget*

De minister van Justitie beschikt over een ruim budget om dit actiepunt te realiseren.

4.5.6. **Verbeurdverklaard druggeld**

— *Inhoud*

De federale regering zal onderzoeken of **verbeurdverklaard druggeld** gebruikt kan worden om de **drug-hulpverlening en de drugpreventie** (inclusief therapeutisch advies) **te financieren**. Vooral de financiering van de zorgverstrekking aan niet-verzekerde druggebruik(st)ers is nog voor verbetering vatbaar. De wet voorziet nu al mogelijkheden om druggeld (en voertuigen gebruikt voor het transport van drugs) verbeurd te verklaren, en om de in de plaats gestelde goederen en waarden en de inkomsten uit de belegde voordelen verbeurd te verklaren. Nochtans lijken deze mogelijkheden onderbenut. Vooral de inning van de verbeurd verklaarde bedragen lijkt problematisch. De minister van Justitie zal er in zijn richtlijn dan ook op aandringen om druggeld snel in beslag te nemen. Hij zal ook de bestaande wetten verfijnen. De minister van Justitie zal verder initiatieven nemen om de effectieve verbeurdverklaring van de geschatte opbrengst van drughandel mogelijk te maken. In elk geval lijkt het niet aangewezen om de bijkomende straf van verbeurdverklaring met uitstel op te leggen.

De federale regering wenst het artikel **35 bis van het Wetboek van Strafvordering** (bewaarend beslag door de Procureur des Konings) en het artikel **43 van het Strafwetboek** (verplichte bijzondere verbeurdverklaring) hier in herinnering te brengen.

Ook de mogelijkheden tot **asset-sharing** in het kader van de internationale samenwerking zullen onderzocht worden.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Financiën (administratie kadaster, registratie en domeinen).

— *Timing*

Wetgevende en andere initiatieven : juni 2001.

— *Geraamd budget*

De verbeurdverklaring van druggeld heeft positieve budgettaire gevolgen.

4.5.7. Een coherent penitentiair drugbeleid

— Inhoud

Een omzendbrief over het penitentiair drugbeleid is klaar.

De omzendbrief is gebaseerd op **de resultaten van het door de DWTC uitgeschreven onderzoek** en, meer bepaald, op de volgende **leidende principes** :

1. **Ongeveer de helft van de gevangenispopulatie** is vertrouwd met illegale drugs. Drugs zijn een realiteit in alle instellingen. Het probleem moet **door alle betrokken partijen en op alle niveau's** worden aangepakt.

2. De hoge concentratie van personen met drugproblemen veroorzaakt circuits van illegale handel en gebruik binnen de gevangenis. Er zullen dan ook maatregelen genomen worden om het **binnenbrengen van drugs in de gevangenis** te bestrijden, en dit met respect voor de rechten van de mens en met behoud van de socio-affectieve banden van de gedetineerden.

3. De aanpak van het fenomeen zal gericht zijn op **de begeleiding van de gebruiker**.

4. De gebruiker moet tijdens zijn detentie een beroep kunnen doen op **een kwaliteitsvolle zorgverlening**, zoals hij die zou kunnen krijgen indien hij niet opgesloten was.

5. Er dient een **intensief preventiebeleid** ontwikkeld te worden. Het personeel van de strafinrichtingen moet **regelmatig onderricht en gevormd** worden in de preventie van druggebruik en in het beperken van de schadelijke gevolgen ervan.

De bovenstaande principes hebben geleid tot de volgende **krachtlijnen** :

1. De **directies van de strafinrichtingen** moeten **externe zorgverl(e)en(st)ers** de mogelijkheid geven om **binnen de strafinrichtingen** preventief en zorgverlenend te kunnen optreden. De directies zullen zich in de eerste plaats richten tot de diensten die de **samenwerkingsakkoorden** tussen de gemeenschappen en de minister van Justitie bekrachtigd hebben. Maar ook andere externe diensten moeten van de mogelijkheid kunnen genieten. De filosofie en de activiteiten van deze diensten moeten de principes van orde en veiligheid, die onontbeerlijk zijn in het gevangeniswezen, respecteren en doen respecteren.

2. Een strafinrichting is **noch een zorginstelling, noch een psychiatrisch ziekenhuis**. Een strafinrichting is wel een plaats waar **de vrijheidsberoving** wordt uitgevoerd. Er bestaat desalniettemin een verplichting om te antwoorden op de **medische en psycho-sociale noden** van de gedetineerden, om crisissituaties te beheersen en om de gedetineerden te oriënteren naar een gepaste oplossing.

3. In elke strafinrichting zal een dokter, verbonden aan de psycho-sociale dienst, de **behandelende referentie-arts** van de gedetineerde zijn. Hij zal verantwoordelijk zijn voor de behandeling. Hij zal met name waken over de **continuïteit van de behandeling** indien de gedetineerde naar een andere strafinrichting gaat. Hij zal ook zo snel mogelijk **persoonlijk contact** opnemen met de externe zorgverlenende diensten indien de gedetineerde vrij komt. De referentiedokter zal ook waken over de voortzetting van een **substitutiebehandeling** indien de gedetineerde wordt overgebracht.

4. De **substitutiebehandelingen** zullen voornamelijk voorbehouden worden voor zwangere vrouwen, gevangenen die korte straffen uitzitten en personen die seropositief zijn of met hepatitis besmet zijn. Het verband tussen besmettelijke ziekten en druggebruik verplicht overigens tot een actief vaccinatie- en opsporingsbeleid. In alle andere gevallen zullen de substitutiebehandelingen slechts voorgeschreven worden (onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke arts) indien het doel afbouw van de verslaving is en er, in overleg met de gedetineerde, een onthoudingsplanning wordt opgesteld. In dit geval zullen de gedetineerde en de arts het voorgestelde programma moeten ondertekenen, eventueel in overleg met een externe zorgverlenende dienst.

5. Teneinde de **herintegratie** van de gedetineerde mogelijk te maken en zijn herval te vermijden, moet de gedetineerde tijdens zijn gevangenschap contacten kunnen onderhouden met ten minste één externe zorgverlenende dienst, die na zijn/haar vrijlating zal kunnen instaan voor de begeleiding van de gedetineerde. De directeur van de gevangenis zal de verantwoordelijke van de externe zorgverlenende dienst zo snel mogelijk informeren omtrent de geplande datum van invrijheidsstelling.

6. Op het moment van de vrijlating zal de verantwoordelijke arts alle nuttige **informatie overmaken** aan de arts die de opvolging verzekert, en dit onder een **dubbele voorwaarde** : de gevangene moet zich schriftelijk akkoord verklaren en het beroepsgeheim moet gerespecteerd worden.

7. De **drugvrije afdelingen** en gelijkaardige projecten zullen geëvalueerd worden.

8. Er komen maatregelen om de **oververtegenwoordiging van de allochtone druggebruikers** in de gevangenis tegen te gaan. Zij moeten net zo goed als de autochtone druggebruikers een beroep kunnen doen op de reguliere hulpverlening.

— *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en onderhandelt met de gemeenschappen omtrent de organisatie van de hulpverlening, de preventiecampagnes en de opleiding van het gevangenispersoneel.

— *Timing*

Het nieuwe penitentiaire drugbeleid zal nog dit jaar geïmplementeerd worden.

— *Geraamd budget*

De minister van Justitie beschikt over een ruim budget om dit actiepunt uit te voeren.

BIJLAGEN

BIJLAGE I

Bijlage aan de federale beleidsnota drugs : het drugbeleid van de omringende landen en enkele internationale organisaties

De **federale werkgroep drugbeleid**, die opgericht werd op vraag van de ministerraad d.d. 27 januari 2000, kreeg onder meer als taak een overzicht te maken van het drugbeleid van de ons omringende landen. De werkgroep ontmoette **topdeskundigen op het vlak van drugbeleid uit Nederland, Duitsland en Luxemburg**. De werkgroep ontving tevens de **voornaamste beleidsdocumenten** op het vlak van de drugproblematiek uit Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk en Groot-Brittannië. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de informatie die we uit de verschillende landen ontvingen. We lieten de deskundigen vrij zelf aan te duiden welke onderdelen uit hun drugbeleid het meest relevant zijn bij het uitwerken van een Belgisch drugbeleid.

1. Algemene vaststellingen

De meest **belangrijke vaststelling** is ongetwijfeld dat het drugbeleid in de ons omringende **meer uniform** is dan vaak wordt aangenomen. In elk land is er aandacht voor **preventie, zorgverlening, risicobeperking, nazorg en repressie**. Elk land streeft naar een degelijke **epidemiologie** en wetenschappelijk onderbouwde **evaluatiemethoden**. Ook **samenwerking en communicatie** tussen de verscheidene beleidsdomeinen en -niveaus krijgt aandacht in alle omringende landen. Uit de verschillende **beleidsnota's** blijken, ook naar **de toekomst** toe, in grote lijnen dezelfde oriëntaties.

In de hoofdstukken die over de specifieke landen gaan, zullen we dan ook vooral de **meest recente initiatieven** en de **ongewone beleidsopties** inventariseren.

Op globaal Europees niveau is er minder uniformiteit. Er zijn bijvoorbeeld grote verschillen tussen **Zweden** (dat naar een drugsvrije samenleving streeft) en **Zwitserland** (dat een schadebeperkend beleid voert).

Er valt zeker te **leren uit de ervaringen van onze buurlanden**. Op Europees niveau is het zinvol om de **resultaten van de verschillende beleidsopties te vergelijken**, zeker nu de **epidemiologie op peil** begint te komen. De beste waardemeter voor beleidsmaatregelen is immers het **resultaat**. Hoewel **de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid** van de **cijfers van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** voor verbetering vatbaar zijn, geven we voor elk land een aantal **kerncijfers** uit het « jaarverslag 1999 over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie ». Tussen haken wordt vermeld of deze cijfers, in de Europese context, laag of hoog zijn. De cijfers dienen voorzichtig gebruikt te worden.

2. Nederland

***Nederland** wordt soms beschouwd als een buitenbeentje, niet enkel omdat er erg intens en innovatief aan een risicobeperkend beleid gewerkt wordt, maar vooral omdat de (detail)handel in cannabis er onder welbepaalde voorwaarden systematisch niet vervolgd wordt. Dit zogenaamde gedoogbeleid (of coffeeshopbeleid) leidde in het verleden tot enkele afwijzende reacties uit het buitenland.*

2.1. Beleid

Het Nederlandse drugbeleid wordt **gecoördineerd** door de **minister van Volksgezondheid**. Sedert 1977, toen de Nederlandse drugwet ingrijpend werd gewijzigd, is er een intense samenwerking met het **ministerie van Justitie** en het **ministerie van Binnenlandse Zaken**. De verschillende ministeries zijn respectievelijk verantwoordelijk voor de preventie en de hulpverlening, de opsporing en de vervolging, en de aangelegenheden op het gebied van lokaal bestuur en politie. Bepaalde deelaspecten vallen onder de bevoegdheid van andere ministers, zoals bijvoorbeeld de precursorenwetgeving (Economische Zaken), de internationale drughandel (Buitenlandse Zaken) en de preventie in de scholen (Onderwijs). De **samenwerking** en het **overleg** tussen de bevoegde beleidsinstanties verloopt vlot en is erg uitgebreid.

De Nederlandse deskundigen definieerden het beleid als « **pragmatisch** », waarmee ze bedoelen dat de beleidsopties niet beoordeeld worden aan de hand van een **ideologisch kader**, maar wel op hun **doelmatigheid**. De **hoofddoelstelling** is het **beperken van de risico's van druggebruik**. In dit kader werd gewezen op het belang van het **opportuiniteitsbeginsel**. Dit laat het Nederlandse openbaar ministerie toe flexibel om te gaan met een voortdurend veranderend fenomeen.

Het Nederlandse beleid werd de laatste maal **bijgestuurd** in **1995**. Toen verscheen de regeringsnota « **Continuïteit en Verandering** ». De **aanleiding** was **driedelig** : een toenemende **overlastproblematiek**, de **georganiseerde criminaliteit** rond de drughandel en de gevoelde noodzaak tot een betere afstemming te komen van het beleid met dat van de buurlanden in verband met het **drugtoerisme**. Dit jaar verscheen « **Het pad naar de achterdeur** », een regeringsnota over de toelevering aan coffeeshops (zie verder).

De componenten van het **gezondheidsbeleid** (ministerie van Volksgezondheid) zijn **zorg, preventie, onderzoek en monitoring**. Deze componenten zijn vergelijkbaar met het Belgische gezondheidsbeleid. De Nederlandse zorgverstrekking gebeurt meer en meer « **evidence-based** ». De **monitoring** staat op een hoog niveau. De overheid investeert momenteel dan ook 5 miljoen gulden per jaar in de « Nationale Drug Monitor », die ondergebracht werd bij het **Trimbos-instituut**. Kwantitatief en kwalitatief onderzoek (inclusief risico-inschatting) wordt vertaald naar beleidsrelevante gegevens. **Opvallend** is de mogelijkheid die gebruikers van synthetische drugs krijgen om hun **pillen te laten testen** (Drugs Informatie en Monitoring Systeem). De verplichtingen in het kader van het **Europese Early Warning Systeem** worden vervuld door het **Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs** (CAM). De **smart-drugs en ecodrugs** zullen het voorwerp uitmaken van nieuwe wetgevende (regulerende) initiatieven.

Er loopt in Nederland een **wetenschappelijk onderzoek naar gecontroleerde heroïneverstrekking**. In zes steden krijgen 750 problematische heroïneverslaafden heroïne op medisch voorschrift. Het onderzoek vergelijkt de effecten van een heroïne-behandeling met de effecten van een methadonbehandeling. Verder lopen er experimenten rond het **afkicken onder narcose, de verstrekking van verhoogde doses methadon en de vaccinatie tegen hepatitis B**. Er zijn plannen om **zorgcoördinatoren** voor drugverslaafden (case-managers) op te leiden. Ook het **penitentiaire beleid** krijgt heel wat aandacht. In Nederland zijn er 465 VBA-cellen in gebruik, waar gedetineerde gebruikers drugsvrij begeleid worden. Voornaamste discussiepunt is momenteel de methadonbehandeling in de gevangenissen. Verder krijgen ook in Nederland de **trajectbenadering, de regionale netwerkvorming** (zorgcircuits) en de **dubbele diagnoseproblematiek** heel wat aandacht. Er bestaat veel aandacht voor de **relatie tussen de verslavingszorg en allochtonen**. Die aandacht resulteerde in wetenschappelijk onderzoek en in verschillende (blijkbaar succesvolle) projecten.

Het **wetenschappelijk onderzoek** gebeurt vaak in **internationale samenwerkingsverbanden** en concentreert zich momenteel op :

- onderzoek naar de individuele gevoeligheid voor de verslavende stof;
- onderzoek naar de terugval in het oude verslavingsgedrag;
- de verbetering en vernieuwing van de verslavingspreventie, -zorg en monitoring; en
- de neurotoxiciteit van XTC.

Preventie is momenteel één van de **prioritaire aandachtsgebieden** in Nederland. Er wordt voorrang gegeven aan het verbeteren van de doelmatigheid van de preventie, de deskundigheidsbevordering, en aan het stimuleren van innovatie en creativiteit. De preventie vindt plaats door een netwerk van lokale, regionale en nationale instellingen. Hun samenwerking wordt bevorderd door het **Landelijk Steunpunt Preventie van Verslavingen en Middelengebruik**. Er is bijzondere aandacht voor de schoolgaande jeugd, het uitgaanscircuit en drugs in het verkeer. Het beleid wordt voortdurend bijgestuurd op basis van het advies van « **trendwatchers** » (zoals Mainline).

In Nederland is **drugbezit strafbaar**, hoewel het **bezit van maximaal 30 gram cannabis** slechts een overtreding is. Wat betreft het **justitieel beleid** onderscheidt Nederland zich voornamelijk van de andere Europese landen door de aanpak van de handel in soft drugs. De overheid gedooft door middel van een **vervolgingsrichtlijn** onder bepaalde voorwaarden de verkoop (en het gebruik) van kleine hoeveelheden cannabis in de zogenaamde « **coffeeshops** ». De **voorwaarden** zijn de volgende : maximaal 5 gram per transactie, maximaal 500 gram in voorraad, geen verkoop van hard drugs, geen reclame voor de verkoop van drugs, geen overlast voor de omgeving, geen verkoop aan minderjarigen. De **lokale overheid** bepaalt hoeveel coffeeshops er in de gemeente mogen bestaan. Het aantal coffeeshops werd de laatste jaren **sterk verminderd** (van 1200 naar 850) en er kwam een wet die het de gemeenten mogelijk maakt om coffeeshops die de regels overtreden te sluiten. De **levering aan de coffeeshops is niet gereguleerd** en leidde de laatste jaren tot politieke discussies. Een groot deel van de cannabis die verkocht wordt in de coffeeshops wordt in Nederland geteelt. De kleinschalige teelt wordt onder bepaalde voorwaarden gedoogd. Maar er zouden ook grote productieruimten bestaan, die in handen van de **georganiseerde misdaad** zijn. De **wetgeving** werd **aangepast** door de straffen op de verhandeling en de bedrijfsmatige teelt van cannabis te verhogen en door een **algemeen verbod op het binnentelen** van cannabis in te stellen. De Nederlandse regering schreef dit jaar tevens « **Het pad naar de achterdeur** », een regeringsnota die een antwoord biedt op de vraag van een aantal burgemeesters om met **experimenten rond de gecontroleerde teelt en distributie van cannabis** te beginnen. De regering verwerpt die plannen en pleit voor een ongewijzigde voortzetting van het gedoogbeleid. De Nederlandse regering zal de hieruit resulterende **motie van het Nederlandse parlement**, dat pleitte voor een reglementering van de productie van en de groothandel in cannabis, niet uitvoeren.

Nederland is een **belangrijke producent van synthetische drugs** (zoals XTC). Als antwoord op dit probleem werd een « **synthetic drugs unit** » opgericht in Eindhoven, waarin het openbaar ministerie, de politiediensten en de douanediensten participeren. De invoer van illegale drugs wordt onder andere bestreden via **containerscanners** in Rotterdam en Schiphol. Drughandelaars worden relatief zwaar gestraft in Nederland.

Het **overlastbeleid** is in Nederland een belangrijk aandachtspunt. Het overlastbeleid is erg **decentraal** georganiseerd. Er bestaat wel een **nationaal steunpunt « Drugs en Veiligheid »**, waar lokale overheden terecht kunnen met vragen. Een belangrijke succesfactor is de **samenwerking tussen justitie en de hulpverlening**. In Nederland wordt een **gedeeltelijk gedifferentieerd aanbod** van zorgvoorzieningen ontwikkeld (verslavingszorg en justitiële zorg). Er bestaan sinds enige tijd 11 intramurale **motivatiecentra** met in totaal 140 bedden. Verder is er een **Forensische Verslavingskliniek** (45 bedden) voor de drugverslaafde gerechtscliënten met een zwaarder strafblad. Evaluatieonderzoek zal uitwijzen of deze voorzieningen aan de doelstellingen voldoen. Ook de **drangprojecten** (oriëntatie van criminele druggebruikers naar de reguliere hulpverlening) zullen geëvalueerd worden. De drangprojecten vormen de kern van het overlastbeleid. Het concept zelf staat niet ter discussie. Voor sterk recidiverende criminele verslaafden komen er later gedwongen opnames in speciale voorzieningen. **Laagdrempelige**

opvangvoorzieningen blijken bij te dragen aan de vermindering van de overlast. De regering maakte dan ook 15 miljoen gulden vrij om een 24-uurs-opvang te realiseren. Op gedragsverandering gerichte voorzieningen worden als niet-effectief (« te hoog gegrepen ») omschreven in het kader van het overlastbeleid. Het overlastbeleid wordt meer en meer **globaal** gevoerd, dit wil zeggen dat de overlast van de hard-drugverslaafden minder als afzonderlijk probleem aangepakt wordt. Het gedrag van andere groepen (uitgaanspubliek, daklozen) zou in veel gemeenten immers voor meer overlast zorgen. Sinds kort kunnen de gemeenten drugpanden (woningen die drugoverlast veroorzaken) sluiten. Nederland heeft ook **gebruiksruimten** (shooting-rooms). Deze gebruiksruimten vormen een onderdeel van het gedoogbeleid en beogen onder meer een verbetering van de volksgezondheid en een beperking van de maatschappelijke overlast.

Nederland maakt (meer dan vroeger) energie vrij om haar drugbeleid in **de overige Europese landen** toe te lichten. Nederland werkt samen met België (Hazeldonkoverleg) en de andere buurlanden. Nederland ondersteunt ook (met Europese subsidies) landen uit Midden- en Oost-Europa. Er zijn douaneovereenkomsten met Duistland, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen. Nederland is verder erg actief in de strijd tegen de cocaïnedoover in de Nederlandse Antillen en Aruba. De samenwerking van Nederland met de eilanden op het gebied van preventie en verslavingszorg wordt uitgebreid. Nederland heeft de drie VN-verdragen ondertekend.

Een positieve ontwikkeling is **de stabilisering van het heroïnegebruik** (weinig nieuwe gebruikers). Een negatieve ontwikkeling is **het alcoholmisbruik bij jongeren** (de leeftijd daalt, het aantal probleemdrinkers stijgt).

Uit **opinieonderzoek** blijkt dat de Nederlandse bevolking globaal genomen achter het Nederlandse drugbeleid staat. Er bestaat wel bezorgdheid omtrent de overlast die verslaafden veroorzaken (waaronder diefstallen).

2.2. Kerncijfers

- Schattingen nationale prevalentie van problematisch druggebruik in de leeftijdscategorie 15-54 jaar : 2,8 tot 3,2 per duizend (laag)
- Trend in het aantal drugdoden : licht stijgend
- Prevalentie van HIV-infectie onder intraveneuze druggebruikers : 2,0 - 26 % (onduidelijke cijfers)
- Arrestaties wegens inbreuken op de drugwetgeving : sterk stijgend

2.3. Gehoorde deskundigen

- Bob Keizer, Hoofd Afdeling Verlavingszorg, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Steven Van Hoogstraten, Directeur Directie Internationale Strafrechtelijke Aangelegenheden en Drugbeleid, ministerie van Justitie
- Jacquelin Bakker, beleidsmedewerkster Directie Politie, ministerie van Binnenlandse Zaken
- Ciska Scheidel, beleidsmedewerkster ministerie van Justitie

2.4. Voornaamste literatuur

- *Drugbeleid, voortgangsrapportage september 1997 - september 1999*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 1999.
- *De « fact-sheets » van het Trimobsinstituut* (<http://www.trimbos.nl>)
- *Het pad naar de achterdeur*, ministerie van Justitie, 1999, 22 p.

3. Duitsland

Duitsland is, net als België, een federale staat. Het federale niveau stimuleert op verrassende wijze de vernieuwing in de drugpreventie en zorgsector.

3.1. Beleid

Sedert 1998 **coördineert** de **federale minister van Volksgezondheid** het drugbeleid. Haar taak is vooral innovatie te brengen en het beleid aan te passen aan de wijzigende omstandigheden. De uitvoering van het beleid behoort tot de bevoegdheid van de Länder. Zij zijn immers bevoegd voor de gezondheidszorg (inclusief preventie).

In 1971 werd een **interministeriële**, maar federale, **beleidsceel** opgericht. De drugexperts van de verschillende ministeries kwamen minstens 2 maal per jaar bijeen om belangrijke onderwerpen te bespreken en gemeenschappelijke standpunten uit te werken. De beleidsceel werkte een hele reeks actieprogramma's uit.

Sedert 1972 bestaat er tevens een **permanente werkgroep** met vertegenwoordigers van de federale en Länder-ministeries, waarin de federale regering een leidende rol speelt. Deze kwam aanvankelijk 4 tot 5 keer per jaar bijeen, nu nog tweemaal. Bedoeling is informatie uit te wisselen tussen de verschillende Länder : verschillende patronen van druggebruik, epidemiologie, voorstelling van initiatieven die in de verschillende regio's bestaan, ... Ook andere federale ministeries, de douane, het « *Bundeskriminalamt* », het Federaal Centrum voor Gezondheidsopvoeding, NGO's en andere relevante partners zijn in deze groep vertegenwoordigd.

Daar waar de eerstgenoemde interministeriële groep zich in essentie met beleid en nieuwe strategieën bezighoudt, spitst de permanente groep zich toe op het overleg rond (al dan niet gemeenschappelijke) initiatieven, waarbij er bijvoorbeeld over gewaakt wordt overlappende activiteiten inzake preventie te vermijden.

In 1990 werd, op een door de Bondskanselier voorgezeten **nationale drugconferentie**, beslist om het drugbeleid te bepalen in overleg met de Länder, de gemeenten, de NGO's en andere verenigingen (onder andere bankverenigingen en advocatenverenigingen). De resoluties van deze drugconferentie werden door alle aanwezige partijen ondertekend.

Ook binnen de Länder zelf zijn er interministeriële werkgroepen. Het werkgroepprincipe wordt verder doorgetrokken tot op het niveau van de gemeenten, een soort « **cascade-systeem** » waarbij op ieder niveau naar een consensus wordt gezocht.

In 1998 werd gekozen voor een **globaal en geïntegreerd drugbeleid**, met aandacht voor de legale drugs.

Er is **geen onderscheid tussen hard en soft drugs** in de Duitse wet. **Druggebruik** op zich is geen strafbaar feit, maar **bezit** is dat wel. In de praktijk ziet het gerecht vaak af van vervolging bij het bezit van kleine hoeveelheden drugs voor persoonlijk gebruik. De vervolging van cannabisgebruikers heeft sedert 1992 de **laagste prioriteit**. De dossiers worden geseponeerd indien bepaalde **grenswaarden** niet zijn overschreden. De grenswaarden verschillen per **Länder**. Zij variëren van 5 gram, over « de hoeveelheid die in een luciferdoosje past », tot 30 gram. In de meeste Länder is de grens tegenwoordig 10 gram. In 1981 wijzigde Duitsland haar drugwetgeving. Het « gezondheidsprincipe » ging centraal staan. Als straf kon de drugverslaafde kiezen tussen een gevangenisstraf en een behandeling. Dit principe stootte op **groot verzet bij de hulpverlening**, die enkel op vrijwillige basis hulp wou verlenen. Het principe werd dan ook gewijzigd in die zin dat de uitvoering van straffen ontlopen kon worden door een behandeling te volgen (een soort probatiesysteem).

Het **Federaal Centrum voor Gezondheidsopvoeding**, gevestigd te Keulen en afhankelijk van het ministerie van Volksgezondheid, is het centrale orgaan voor coördinatie inzake **drugpreventie**. De activiteiten omvatten vooral primaire preventie, zoals mediacampagnes, brochures en folders, en speciale lesprogramma's. Er wordt samengewerkt met een hele reeks partners, inclusief verenigingen van vroedvrouwen, kinder- en vrouwenartsen, anti-rookgroepen, ... Via het cascade-systeem wordt het preventieaanbod verspreid in steden en landelijke gebieden. Er bestaat momenteel discussie over de financiering van de drugpreventie (federale overheid vs. Länder).

Overeenkomstig de grondwet zijn de kosten voor **gezondheidszorg** ten laste van de Länder. De kosten voor de uitvoering van een federale wet en de kosten voor nationale expertise rond nieuwe problemen van nationale omvang vallen evenwel ten laste van de federale overheid. In de praktijk betaalt de federale overheid **innoverende modelprojecten**. De federale overheid spendeerde reeds **400 miljoen mark** aan deze modelprojecten. Bij positieve evaluatie zorgen de Länder voor een duurzame financiering. Zij doen daarbij een beroep op de ziekteverzekering, de pensioenkas en de kerkbelasting.

Modelprojecten zijn bijvoorbeeld **de case-managers, de shooting-rooms en de gecontroleerde heroïneverstrekking**.

Het **casemanagement-project** is gegroeid uit de vaststelling dat, ondanks het bestaan van een uitgebreid, geïntegreerd en multidisciplinair zorgaanbod, een bepaalde groep verslaafden niet werd bereikt. De case-managers zijn verantwoordelijk voor de begeleiding van problematische drugverslaafden doorheen de verschillende stadia van de hulpverlening. Zij opereren vanuit « counseling centres », die onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten vallen en doorgaans gedeeltelijk met gemeentefondsen en gedeeltelijk met de kerkbelasting worden gefinancierd.

Op 24 en 25 februari 2000 legaliseerden het Duitse Parlement en de Kamer van de Länder de **druginjectiekamers** (shooting rooms). Momenteel zijn er over het hele land 18 druginjectiekamers operationeel binnen een streng wettelijk kader. Druginjectiekamers zijn doorgaans gelegen in de nabijheid van gezondheidscentra, zodat altijd een beroep kan worden gedaan op een dokter, een verpl(e)eg(st)er of een maatschappelijk werk(st)er. Het centrum voorziet in steriele spuiten, een rustige omgeving en de diensten van een maatschappelijk werk(st)er die kan ingrijpen als er zich een probleem voordoet. Er is in de Länder heel wat discussie geweest rond de druginjectiekamers. De *Länder* zijn zelf verantwoordelijk gebleven voor de beslissing om in de steden die onder hun bevoegdheid vallen al dan niet druginjectiekamers toe te laten. De kosten worden gedragen door de steden waar de injectiekamers zich bevinden. Er zijn geen protesten gemeld van bewoners. De politiediensten hebben het initiatief met een zekere opluchting verwelkomd. Er is geen minimum toegangsleeftijd vastgelegd op federaal niveau, in tegenstelling tot Zwitserland (geen toegang beneden de 18). Ook hierover kunnen de Länder onafhankelijk beslissen. Cijfers voor Frankfurt geven aan dat ongeveer 40 procent van de drugverslaafden gebruik maakt van druginjectiekamers.

Een ander modelproject is de **gecontroleerde heroïneverstrekking**. Wetenschappelijk onderzoek moet duidelijk maken of het voorschrijven van heroïne aan opiaatverslaafden zinvol is. Vooral de volksgezondheidseffecten en de effecten op de criminaliteit worden onderzocht. Het project wordt uitgevoerd door twee onderzoekscentra in 7 Duitse steden (Hamburg, Hannover, Essen, Köln, Frankfurt, München en Karlsruhe).

3.2. Kerncijfers

- Aantal problematische druggebruikers in de leeftijdscategorie 15-54 jaar : 1,8 tot 3,7 per duizend (laag)
- Trend in het aantal drugdoden : licht dalend
- Prevalentie van HIV-infectie onder intraveneuze druggebruikers : 0,6 - 3,8 % (laag)
- Arrestaties wegens inbreuken op de drugwetgeving : stijgend

3.3. Gehoorde deskundigen

- Michaëla Schreiber, Hoofd Dienst verslaving en drugmisbruik, ministerie van Volksgezondheid

3.4. Voornaamste literatuur

— *Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogengbeauftragten der Bundesregierung*, Christa Nickels, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, 2000, 92 p.

4. Luxemburg

Luxemburg is een klein land. Het werkt dan ook nauw samen de buurlanden. Luxemburg beschikt over een nationale drugcoördinator.

4.1. Beleid

Het drugbeleid is een expliciete **prioriteit** voor de Luxemburgse regering. De **minister van Volksgezondheid** werd aangeduid als **coördinator**. Er wordt dan ook een speciale afdeling opgericht binnen het ministerie van Volksgezondheid, onder andere belast met het uitwerken van een **vijfjarenplan**. Er is **overleg** met de andere bevoegde ministers, de ordediensten, de douanediens en bepaalde NGO's. Tot het begin van de jaren '90 steunde het beleid op **drie pijlers** : preventie, behandeling, en repressie. Vandaag zijn er **vijf pijlers** : epidemiologische monitoring en onderzoek, preventie, behandeling, risicovermindering, en repressie. Een **zesde pijler** (evaluatie) wordt momenteel ontwikkeld.

De Luxemburgse **strafwet** maakt **geen onderscheid tussen hard en soft drugs**. **Druggebruik** wordt beschouwd als een strafbaar feit, hoewel **cannabisgebruik** in de praktijk niet wordt bestraft. Gerechtshoven hebben het recht **bloed- en urine-tests** te bevelen wanneer een drugovertreding wordt vermoed.

Luxemburg heeft haar eigen focal point voor het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving en wil een **nationaal waarnemingscentrum voor drugs en drugverslaving** oprichten.

Het **focal point** bestaat, naast het **early-warning systeem**, uit het **RELIS-netwerk** (dat alle gespecialiseerde instellingen, de ordediensten en de penitentiaire centra omvat) en het **TRANSRELIS-netwerk** (een systeem dat toelaat om de « carrière » van hulpzoekende drugverslaafden te volgen over de landsgrenzen heen).

In 1996 werd het « **Centre de Prévention des Toxicomanies** » opgericht. Op nationaal niveau zijn er twee hoofdstructuren : een afdeling preventieve en sociale geneeskunde en het CePT, dat de regionale en plaatselijke actoren tracht te betrekken bij een gemeenschappelijke aanpak. De preventie gebeurt hoofdzakelijk in de scholen. Voor het lagere en middelbare onderwijs bestaat een « preventie-kit » (met pedagogisch materiaal), die gebruikt wordt in de lessen « gezondheidsopvoeding ». Sinds enkele jaren worden ook buiten de scholen preventieactiviteiten voor jongeren ontwikkeld. De overheid organiseert verder grootschalige mediacampagnes. Er bestaat een telefonische infolijn.

Het **zorgaanbod** bestaat uit 7 gespecialiseerde centra, 5 « *unités de sevrage* », twee laagdrempelige structuren (inloopcentra), een nazorg-huis, een netwerk voor minderjarigen en bijzondere eenheden voor drugverslaafden in de gevangenis. In de nabije toekomst komen er drugvrije afdelingen in de gevangenissen.

Er bestaat een **sputenruilprogramma** en een **methadonprogramma**. **Straathoekwerkers** moedigen druggebruikers aan hulp te zoeken en AIDS- en hepatitis testen te laten uitvoeren. Zij delen voorbehoedsmiddelen uit en bieden psychologische hulp aan.

Er wordt **internationaal** samengewerkt in het kader van de Europese Unie, de Verenigde Naties, de Wereldgezondheidsorganisatie, de Groupe d'Action Financière sur le Blanchiment des Capitaux (GAFI), de SCHENGEN-overeenkomst, de BENE-LUX, en de Mondorf-groep. De Mondorf-groep groepeerd Luxemburg en de omliggende regio's. Men werkt er samen rond onderzoek, preventie en vorming.

Opvallend is het « **Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants** ». Het fonds werd opgericht in 1992 naar aanleiding van de aanbevelingen in het verdrag van de Verenigde Naties van 1988. Het fonds financieert « l'élaboration, la coordination et la mise en oeuvre de moyens de lutte contre la toxicomanie ainsi que de tous les effets directs et indirects sur des pratiques financières illicites ». Concreet worden bijvoorbeeld ontwikkelingsprojecten betaald in drugproducerende regio's. Het fonds wordt gevuld met verbeurd verklaard druggeld uit de strijd tegen het witwassen.

Opvallend was verder het voorstel van het Luxemburgse parlement om tot een **gezamenlijk Benelux-beleid** te komen (1996). De contacten met de Belgische en de Nederlandse regering hebben geen resultaat opgeleverd, omdat met name de Belgische regering zich niet kon vinden in de voorgestelde depenalisering van cannabis.

Tot slot wijzen we nog op de **strafvrijstelling** die druggebruikers genieten die hulp inroepen bij een overdosis.

4.2. Kerncijfers

- Aantal problematische druggebruikers in de leeftijdscategorie 15-54 jaar : 8,2 tot 8,6 per duizend (hoog)
- Trend in het aantal drugdoden : blijft gelijk
- Prevalentie van HIV-infectie onder intraveneuze druggebruikers : 3,0 % (laag)
- Arrestaties wegens inbreuken op de drugwetgeving : geen stijging of daling

4.3. Gehoorde deskundigen

- Alain Origer, nationaal drugcoördinator, ministerie van Volksgezondheid;

- Simonne Steil, deskundige, Afdeling preventieve en sociale geneeskunde, ministerie van Volksgezondheid;
- Andr ee Clemang, deskundige, ministerie van Justitie

4.4. Voornaamste literatuur

— *Réseau national d'information sur les stupéfiants et les toxicomanies, rapport 1998*, ministère de la Santé, Luxembourg, 1998, 138 blz.

5. Frankrijk

Frankrijk beschikt over een interministerieel, coördinerend en beleidsvoorbereidend orgaan : de Mission interministérielle de la Lutte contre la Toxicomanie (MILDT).

5.1. Beleid

Het drugbeleid wordt in Frankrijk voorbereid door **de Mission Interministerielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)**. De MILDT ressorteert onder **de minister van Werkgelegenheid en Solidariteit**, onder wie tevens het **staatssecretariaat voor Volksgezondheid** ressorteert. De MILDT organiseert het interministeriële overleg en schrijft de driejaarlijkse beleidsnota's. **Lokaal** wordt het beleid gecoördineerd door een « chef de projet », die aangeduid wordt door de prefect. Er zullen in de nabije toekomst **regionale documentatiecentra** opgericht worden.

Er bestaat **geen onderscheid tussen hard en soft drugs** in de Franse wetgeving. In theorie is sinds 1970 elk **druggebruik strafbaar**. In 1978 schreef de minister van Justitie een **omzendbrief** over het onwettig gebruik van cannabis. De omzendbrief voorzag een formele waarschuwing voor cannabisgebruik, gekoppeld aan de (vrijwillige) oriëntatie naar een instelling voor psychologische of opvoedkundige bijstand. De omzendbrief van 1987 breidde het gebruik van de waarschuwing uit tot de andere illegale drugs, voor zover het niet om misbruik ging. In gevallen van misbruik kan behandeling worden verplicht. De richtlijnen werden hernieuwd in juni 1999. Er zijn regionale verschillen in het vervolgingsbeleid. Grote steden zijn over het algemeen toleranter. Het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor eigen gebruik (soms tot 50 gram) wordt er zelden vervolgd. Drie prestigieuze commissies of instanties, waaronder de commissie Henrion, spraken zich uit voor het niet langer strafbaar stellen van het gebruik van cannabis. Hier is evenwel weinig draagvlak voor.

Frankrijk heeft tot 1994 bewust **weinig harm reduction** initiatieven genomen. Naar aanleiding van de stijging van het aantal AIDS-patiënten werden er substitutiebehandelingen (met Subutex), spuitenuilprogramma's en laagdrempelige opvangvoorzieningen ontwikkeld. De preventie op school gebeurt nog steeds vaak door politieagenten.

Op 16 juni 1999 keurde de Franse regering het « **Plan Triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)** » goed, dat geschreven werd door de MILDT. Het plan is **vernieuwend** en bepleit een **pragmatische aanpak vanuit een volksgezondheidsperspectief**.

De **grote lijnen** zijn de volgende :

- Het gebruik van drugs blijft verboden.
- Het repressieapparaat houdt meer rekening met de volksgezondheid.
- Er komt speciale aandacht voor het poly-druggebruik en het gebruik van legale middelen.

In het plan worden onder andere de **volgende vaststellingen** gedaan :

— Het gebruik evolueert snel. Er wordt minder heroïne, maar meer andere soorten drugs gebruikt. Het gebruik van legale drugs door jongeren stijgt.

- Er is te weinig wetenschappelijk en evaluatief onderzoek.
- De voorlichting blijft in gebreke.
- Er is te weinig afstemming tussen de verschillende actoren.
- Jongeren uit probleemwijken gebruiken minder cannabis, alcohol en tabak, maar meer andere drugs.
- De preventieprogramma's bereiken maar  en derde van het aantal leerlingen.
- Er is te weinig aansluiting tussen het repressieapparaat en de zorgverlening.
- Het zorgaanbod is goed uitgebouwd, maar teveel op opiaatverslaafden gericht. De niet-categoriale zorgverlening staat te weinig open voor druggebruikers.

— Het zorgaanbod kent een psycho-medische benadering. Er is weinig aandacht voor sociale en professionele begeleiding.

- Er is te weinig nationale coördinatie.

Het plan telt **acht beleidsori ntaties** :

1. Kennen, weten en begrijpen

- Een programmering over meerdere jaren voor wetenschappelijk onderzoek rond legale en illegale drugs.
- De permanente monitoring van gebruikswijzen en drugs op de zwarte markt binnen het Franse Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving.

— De permanente evaluatie van beleidsmaatregelen aan de hand van betrouwbare indicatoren door het Franse Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving.

2. *Communicatie met en informatie voor het grote publiek*

— Een betere voorlichting van het grote publiek over drugs, gebruikswijzen, de vigerende wetgeving en de bestaande richtlijnen door middel van mediacampagnes, acties naar specifieke doelgroepen, een Internet-site en een vernieuwde telefonische en elektronische infolijn.

3. *Meer preventie*

— De wettelijke verbodsbepalingen worden in herinnering gebracht.
 — Prioriteit voor de preventie bij jongeren.
 — Onderscheid maken tussen gebruik, schadelijk gebruik en afhankelijkheid.
 — Uitwerken van een « good practices »-gids en een evaluatiegids voor preventieprojecten.
 — Uitwerken van een departementaal preventieplan.
 — Professionaliseren van de preventiewerkers.
 — Preventieactiviteiten organiseren bij sportverenigingen, culturele verenigingen en tijdens feestelijke gelegenheden.
 — Een omzendbrief aan de Procureurs omtrent het gebruik van drugs, waarin gevraagd wordt gevangenisstraffen te vermijden, aansluiting te zoeken bij de hulpverlening en respect op te brengen voor de harm reduction initiatieven.

4. *Kennis van de belangrijkste actoren harmoniseren*

— Een gemeenschappelijke cultuur bij de professionelen uit de preventie, het onderwijs, de zorgverlening en het repressie-apparaat, gebaseerd op gevalideerde kennis.
 — Vorming van het niet-gespecialiseerde personeel dat in contact komt met druggebruikers (waaronder politieagenten en gevangenisbewaarders).
 — Een gemeenschappelijke vorming uitwerken.
 — De bijscholing verbeteren.
 — Een academische, bijkomende opleiding « addictologie » inrichten voor onder andere artsen en apothekers.

5. *Onthaal, oriëntatie, zorg en herintegratie van gebruikers van psychoactieve middelen*

— Blijvende aandacht voor harm reduction.
 — Vroegopvang van polydruggebruikers.
 — Meer samenwerking.
 — Een regionale en departementale zorgprogrammering, op basis van een zorgbehoefteanalyse.
 — De rol van de ziekenhuizen benadrukken.
 — De ambulante centra voor hulp aan alcoholverslaafden uitbreiden en ook laten werken rond andere drugs.
 — De gedetineerde drugverslaafden beter opvangen.
 — Meer aandacht voor herintegratie.
 — Beter sociale begeleiding voor patiënten die substitutiemedicatie krijgen.
 — Beter zorgaanbod voor zwangere vrouwen.

6. *Toepassen van de wet en versterken van de repressie tegen handel en smokkel*

— De strijd tegen de drughandel wordt herbevestigd als vervolgingsprioriteit.
 — Maatregelen om de opkomst van synthetische drugs te kunnen beantwoorden (onder andere sensibilisatie van de producenten van precursoren).
 — Maatregelen tegen het illegale gebruik van psychoactieve geneesmiddelen.

7. *Nationale en lokale coördinatie*

— De MILDT coördineert nationaal.
 — Een « chef de projet » coördineert lokaal.
 — In elke regio of elk departement wordt een informatiecentrum over drugs opgericht.

8. *Internationale samenwerking*

— Meer samenwerking met Centraal en Zuid-Oost Azië, Rusland en Oekraïne.

5.2. Kerncijfers

- Aantal problematische druggebruikers in de leeftijdscategorie 15-54 jaar : 3,8 tot 5,4 per duizend (gemiddeld)
- Trend in het aantal drugdoden : hoog, maar dalend
- Prevalentie van HIV-infectie onder intraveneuze druggebruikers : 15,5 - 18,3 % (hoog)
- Arrestaties wegens inbreuken op de drugwetgeving : stijgend

5.3. Gehoorde deskundigen

De contacten met de Franse ambassade hebben niet geleid tot een hearing met Franse deskundigen.

5.4. Voornaamste literatuur

— *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001*, Mission interministerielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, La documentation Française, Paris, 1999, 226 p.

6. Groot-Brittannië

In de beleidsnota van de Britse regering worden de doelstellingen vertaald in concrete (op cijfers gebaseerde) indicatoren, wat een evaluatie van de beleidsmaatregelen mogelijk maakt.

6.1. Beleid

In het Verenigd Koninkrijk schreef de regering in april 1998 een **beleidsnota** met een ambitieus **tienjarenplan tegen het drugmisbruik**. De beleidsnota kreeg als titel « Tackling drugs to build a better Britain ». De beleidsnota werd uitgewerkt door de **nationale anti-drugs coördinator**, Keith Hellawell. Hij adviseert de **eerste minister**, die het drugbeleid coördineert. Het beleid wordt uitgevoerd door de verschillende bevoegde ministers, in nauwe samenwerking met publieke en private instanties. Het **veldwerk** wordt decentraal georganiseerd, door de zogenaamde « Drug Action Teams », lokale netwerken van gespecialiseerde instellingen, vrijwilligers, ouders en jongeren. De federale overheid maakte **217 miljoen pond** vrij voor de uitvoering van het tienjarenplan, en dan voornamelijk voor de preventieve en zorgcomponenten van het plan. Er zijn (vergevorderde) plannen om verbeurd verklaard druggeld te gebruiken voor drughulpverlening.

Het tienjarenplan wordt jaarlijks vertaald in een **verslag**. Dit verslag bevat een overzicht van de maatregelen die het voorbije jaar uitgevoerd werden en de doelstellingen en specifieke, concrete maatregelen voor de volgende jaren. De doelstellingen worden vertaald in indicatoren (bijvoorbeeld : « Tegen 2002 zal het aantal 11-16 jarigen dat Klasse A-drugs gebruikt met 20 % verminderd worden »). De bedoeling is uiteraard een **evaluatie** van de beleidsmaatregelen mogelijk te maken en het beleid indien nodig bij te sturen. Het tienjarenplan en het jaarlijks verslag worden **ruim verspreid** in verzorgde folders, specifiek gericht naar bepaalde doelpopulaties (beleidsmakers, veldwerkers, het grote publiek, ...).

Het tienjarenplan heeft als viervoudig doel :

- **jongeren** te helpen om drugmisbruik te weerstaan, zodat ze zich volledig kunnen ontplooiën in de samenleving;
- de **lokale gemeenschappen** te beschermen tegen druggerelateerde, anti-sociale en criminele activiteiten.
- een voldoende groot **zorgaanbod** te ontwikkelen voor drugverslaafden, zodat ze gezond en misdaadvrij kunnen leven;
- het **aanbod aan illegale drugs** op straat te verminderen.

In het tienjarenplan luidt het als volgt :

« **Aim 1** : *Young People - To help young people resist drug misuse in order to achieve their full potential in society*

Young people, and those responsible for them, need to be prepared both to resist drugs, and, as necessary, to handle drug-related problems. Information, skills and support need to be provided in ways which are sensitive to age and circumstances, and particular efforts need to be made to reach and help those groups at high risk of developing very serious problems. Prevention should start early, with broad life-skills approaches at primary school, and built on over time with appropriate programmes for young people as they grow older via youth work, peer approaches, training and wider community support. The aim is for approaches to be better integrated nationally and locally.

Aim 2 : *Communities - To protect our communities from drug-related anti-social and criminal behaviour*

Helping drug-misusing offenders to tackle their drug problems and become better integrated into society has a significant impact on levels of crime. Local partnerships can work successfully to tackle local drug problems, and to improve the quality of life for communities.

Aim 3 : *Treatment - To enable people with drug problems to overcome them and live healthy and crime-free lives*

Many of those with the most serious drugs problems have a range of other problems, including lack of housing or employment. We will ensure that specific, appropriate and timely help is provided to those with drug problems and that their needs are recognised and addressed by wider Government programmes.

Aim 4 : *Availability - To stifle the availability of illegal drugs on our streets*

Constant vigilance is needed to tackle availability where it matters most, close to home. It is crucial to gain a better understanding of which activities have the most impact on local availability and to pursue them, improving partnership between agencies along the way. »

Ook in het Verenigd Koninkrijk heeft men duidelijk gekozen voor een **geïntegreerde, globale benadering**. Er wordt veel aandacht besteedt aan **epidemiologie, evaluatie en wetenschappelijk onderzoek**.

Opvallend is de grote aandacht voor een **goede communicatie met de bevolking**. De Britse regering wil niet alleen dat de bevolking over **duidelijke en objectieve productinformatie** beschikt, maar steekt ook heel wat energie in **het toelichten van het beleid**.

In het Verenigd Koninkrijk is **het gebruik van drugs geen misdrijf**, met als uitzondering het gebruik van opiaten. Het **bezit van drugs** is wel een misdrijf. **Cannabis** staat op de zogenaamde B-lijst van verdovende middelen. Er kan **ontslag van rechtsvervolg** worden verleend voor het bezit van kleine hoeveelheden drugs, en het incidenteel of persoonlijk druggebruik. Vaak worden er toch **boetes** opgelegd, zelfs voor cannabisgebruik. De huidige regering heeft laten verstaan de vervolging van druggebruikers goed te keuren.

6.2. Kerncijfers

- Aantal problematische druggebruikers in de leeftijdscategorie 15-54 jaar : 2,7 tot 10,5 per duizend (hoog).
- Trend in het aantal drugdoden : licht stijgend.
- Prevalentie van HIV-infectie onder intraveneuze druggebruikers : 1,0 % (laag).
- Arrestaties wegens inbreuken op de drugwetgeving : sterk stijgend.

6.3. Gehoorde deskundigen

De contacten met de Britse ambassade hebben niet geleid tot een hearing met Britse deskundigen.

6.4. Voornaamste literatuur

- Europese Tienjarenplan : *Tackling Drugs To Build A Better Britain, the Government's 10-year Strategy for Tackling Drug Misuse*, The Stationery Office, London, 1998, 36 blz. (<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/3945.html>).
- Richtlijnen voor de veldwerkers over het tienjarenplan : *Tackling Drugs To Build A Better Britain, the Government's 10-year Strategy for Tackling Drug Misuse, Guidance Notes*, The Stationery Office, London, 1998, 52 blz.
- Brochure voor de bevolking : *Drugs, What the Government is Doing, the Government's 10-year Strategy for Tackling Drug Misuse*, The Stationery Office, London, 1998, 5 blz.
- Eerste verslag : *First annual report & national plan*, The United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator, Cabinet Office, Central Office of Information, London, 1999, 19 blz.

7. Europese Unie

De **Europese Unie** beschikt over een **Actieplan Drugs 2000-2004**. Dit actieplan is het vervolg op het **Actieplan Drugs 1994-1999**. De **hoofddoelstellingen** van het nieuwe actieplan zijn :

- het verbeteren van de **informatie-uitwisseling** in de Europese Unie, onder andere ten bate van een betere evaluatie van het beleid;
- het **terugdringen van de vraag**, onder andere door verbeterde preventie en zorg;
- het **terugdringen van de handel** door betere controle op precursoren, witwassen en handel via Internet en door uitvoering van het Actieplan Georganiseerde Misdad;
- het intensiveren van de **internationale samenwerking**;
- het **coördineren van de verschillende EU-fora** die zich met drugs bezig houden, aangezien drugs een pijleroverstijgende problematiek is.

Sinds 1996 subsidieert de Europese Unie vanuit het **Actieprogramma Preventie van Drugverslaving** projecten met een duidelijke Europese dimensie, die zich richten op de terreinen van onderzoek, evaluatie, voorlichting en trainingen. De Europese Drugpreventieweek is één van de onderdelen van dit programma.

Het **Europese Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** (Lissabon) heeft tot doel de Europese Unie en de lidstaten te voorzien van objectieve, betrouwbare en op Europees niveau vergelijkbare informatie. Daartoe verzamelt het centrum gegevens, werkt het aan het verbeteren van de methodologie voor gegevensverzameling en verspreidt het deze gegevens door middel van het « *Annual Report* ».

De **Europese Unie** ontwikkelt momenteel een **Actieplan Alcohol 2000-2005**. Dit actieplan is het vervolg op het **Actieplan Alcohol 1995-2000**. De **hoofddoelstelling** van het oude actieplan was het verminderen van het alcoholmisbruik en het doen dalen van het aantal alcoholverslaafden. Het Actieplan Alcohol was **niet geïntegreerd** in het Actieplan Drugs.

Tot slot is de Europese Unie ook erg actief op het **internationale vlak**. Vooral de landen uit Latijns-Amerika, maar sinds kort ook Centraal-Aziatische en Afrikaanse landen worden ondersteund bij de uitwerking van **nationale drugbestrijdingsplannen**.

8. Raad van Europa

De **Pompidou-groep** is een permanente werkgroep van de **Raad van Europa**. Er zijn 27 landen lid. De vergaderingen worden bijgewoond door een aantal internationale organisaties. Binnen de Pompidou-groep worden kennis en ervaringen uitgewisseld tussen deskundigen en beleidsmakers uit de verschillende landen. Er worden tevens gezamenlijke initiatieven genomen. Driejaarlijks wordt er een **interministeriële conferentie** georganiseerd. Dit jaar vindt deze plaats te Sintra in Portugal (11-13 oktober 2000).

9. Verenigde Naties

De **voornaamste bijeenkomsten** in het kader van de Verenigde Naties zijn de **Speciale Zittingen van de Algemene Vergadering**. In juni 1998 onderschreef de internationale gemeenschap het belang van een gebalanceerde en geïntegreerde aanpak, met aandacht voor zowel vraag- als aanbodvermindering.

De **INCB** houdt **toezicht op het naleven van de VN-verdragen** inzake drugs en precursoren.

De **UNDCP** is het **uitvoerend orgaan** van de VN op het gebied van drugbestrijding. De UNDCP helpt landen bij de implementatie van de VN-verdragen en de ontwikkeling van een nationaal drugbeleid. De UNDCP voert ook projecten uit in ontwikkelingslanden (zoals het promoten van substitutieteelten). België is één van de « *major donors* » van de UNDCP. Bij een recent bezoek vroeg de directeur van de UNDCP ons land actiever te participeren in een aantal internationale organen, en er met name de resultaten van de inspanningen rond « *demand-reduction* » bekend te maken.

BIJLAGE II

De strafrechtelijke reactie op druggebruikEERSTE VRAAGPUNT : WAT IS DE BELEIDSRUIMTE IN HET LICHT VAN
DE INTERNATIONALE VERDRAGEN (VN, SCHENGEN)
EN VAN HET EUROPEES DRUGSBELEID**1. De internationale verdragen**

De VN zelf, en alle internationale experts op het vlak van de drugsverdragen en de drugswetgeving zijn het eens over de volgende conclusies :

- Met betrekking tot het bezit van cannabis voor eigen gebruik zijn enkel het V.N. Sluikhandelsverdrag van 1988 (artikelen 3, 2, 4 (c) en (d)) en de Schengen-uitvoeringsovereenkomst (1990) (artikel 76) van belang.
- Uit de analyse van deze bepalingen kan men volgende conclusies trekken :

1. Men heeft de keuze tussen de strafrechtelijke weg of de administratiefrechtelijke weg.

— De *strafrechtelijke weg* laat toe gebruik te maken van het opportuniteitsbeginsel wat voor bepaalde vormen van bezit de facto leidt tot depenalisering (geen strafrechtelijke sanctie vermits geen vervolging). Men kan de strafrechtelijke reactie sterk differentiëren en individualiseren. De mogelijkheden zijn zeer uitgebreid.

— De *administratiefrechtelijke weg* laat eveneens een brede waaier van administratieve sancties toe, die ook tot op zekere hoogte geïndividualiseerd kunnen worden toegepast.

Toch dient aangestipt dat de administratieve weg veel sterker ingrijpt dan de stereotype strafrechtelijke afhandeling en bovendien geen opportuniteitsbeginsel kent.

De politie is verplicht de administratieve overtreding vast te stellen (er is geen eenheid van opsporing en vervolging zoals in het strafrechtelijk circuit) en de administratieve instantie moet oordelen.

Uit de praktijk in een aantal EU landen (zie verder) blijkt bovendien dat vaak stereotiep gebruik wordt gemaakt van administratieve boetes. Deze sanctie wordt over het algemeen afgeraden ten opzichte van druggebruikers.

2. Artikel 76 van de Schengenuitvoeringsovereenkomst verplicht tot goed nabuurschap :

Schengen-lidstaten die een toleranter drugsbeleid wensen te voeren dan hun aangrenzende lidstaten, dienen ervoor te waken dat de aangrenzende lidstaten geen nadelige effecten (o.a. drugstoerisme en de bijhorende overlast) ondervinden.

BRONNEN

— De Ruyver, B., « Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en V.N. perspectief. », Vlaams Parlement, september 2000, Brussel, blz. 15.

— De Ruyver, B., « Drugsbeleid in de Europese Unie », Gedr. St. Kamer, 1997, nr 1062/3, blz. 107-122.

— Ministerie van Justitie Nederland, Notitie gedoogbeleid cannabis., 2000, blz. 8.

— De Nauw, A., « Drugs », APR, 1998, blz. 4.

— Silvis, J., « De internationale juridische speelruimte voor Nederlands drugbeleid. » in Blom, T.; De Doelder, H. en Hessing, D.J. (eds.), Naar een consistent drugbeleid. Een congresverslag. Deventer, 1996, blz. 221-223.

— Arnao, G., « The Single Convention and drug policy reform.' The International Journal of Drug Policy, Vol. 10, No. 3, 1999, p. 173.

— Krajewski, K., « How flexible are the United Nations drug conventions ? », *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, Nr 4, 1999, blz. 332.

— *United Nations, Commentary on the United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances 1988*, United Nations, New York 1998, blz. 85-89.

2. Het Europees drugsbeleid

— De meeste Europese landen kennen de laagste vervolgingsprioriteit toe aan het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor persoonlijk gebruik (vb. België) of vervolgen dergelijke handelingen niet (Nederland, Denemarken, Groot-Brittanië, Oostenrijk) of leggen geldboeten op voor een eerste overtreding van cannabisbezit voor persoonlijk gebruik (Ierland) of verwijzen deze categorie van wetsovertreders naar de hulpverlening van begeleiding (Zweden, Frankrijk).

— Buiten Spanje, Italië en — in de toekomst — Portugal volgen alle EU-lidstaten de strafrechtelijke weg. Deze drie landen hebben een aantal handelingen gedecriminaliseerd en ze het statuut gegeven van een administratieve overtreding waarvoor een administratieve sanctie voorzien is.

– Spanje :

- de teelt en het aanschaffen zijn strafbaar gesteld maar de Spaanse rechtspraak en ook de praktijk tonen aan
- dat men eigenlijk niet vindt dat deze handelingen zouden moeten worden bestraft.
- bezit en gebruik in openbare ruimte worden administratief bestraft.
- het Spaans hooggerechtshof heeft op 28 september 1999 beslist dat het bezit voor eigen gebruik, ook in de private sfeer, administratief strafbaar is.

– Italië :

- import, het aanschaffen en het bezit voor eigen gebruik zijn administratieve overtredingen die administratief worden ge-
straff met o.a. boetes en het intrekken van allerlei vergunningen o.a. rijbewijs, wapenvergunning e.a.

BRONNEN

— Dorn, N.en Jamison, A., « *Room for manoeuvre. Overview of comparative legal research into national drug laws of France, Germany, Italy, Spain, the Netherlands and Sweden and their relation to three international drugconventions, (based on research by an international team Yann Bisiou (France), Tom Blom (The Netherlands), Lorenz Böllinger (Germany), Maria Luisa Cesoni (Italy), José Luis de la Cuesta and Isidoro Blanco (Spain), and Josef Zila (Sweden))* », London, 2000, blz. 24.

— De Ruyver, B., Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en V.N. perspectief, Vlaams Parlement, september 2000, Brussel.

— Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie, Lissabon 2000.

3. Besluit

— Het VN sluishandelsverdrag van 1988 verplicht België tot een juridische reactie op het bezit van drugs — ook cannabis — voor eigen gebruik.

— Een decriminalisering is mogelijk maar in dit geval is men verplicht van het bezit van drugs voor eigen gebruik een administratieve overtreding te maken en te voorzien in een administratieve sanctie zoals reeds is gebeurd in enkele EU landen.

— In het licht van de ultimum remedium filosofie en van de zorg voor een passende en geïndividualiseerde maatschappelijke reactie is de strafrechtelijk weg absoluut te verkiezen boven de administratiefrechtelijk afhandeling. Strafrechtelijk kan men het opportuniteitsbeginsel hanteren en beschikt men over een brede waaier aan geïndividualiseerde afhandelingsmogelijkheden. De ervaringen in Spanje en Italië tonen aan dat een administratieve sanctie hoofdzakelijk patrimoniaal van aard is.

WETSWIJZIGING EN BINDENDE DIRECTIEVE VAN DE REGERING TER ATTENTIE VAN DE BEVOEGDE JUSTITIËLE AUTORITEITEN, DE BESTUURLIJKE OVERHEDEN EN DE POLITIEDIENSTEN INZAKE DE AFHANDELING VAN LOKALE DRUGSAANGELEGENHEDEN, MEER SPECIFIEK DRUGSGERELATEERDE CRIMINALITEIT EN DRUGSOVERLAST

1. Principes

Er wordt **een wijziging** aangebracht aan de **Drugwet** van 24 februari 1921, in die zin dat het onderscheid wordt gemaakt tussen Cannabis en andere illegale drugs en dat het gebruik in groep van illegale drugs niet langer strafbaar wordt gesteld, bij toepassing van artikel 1 van de wet van 1921 door de Regering een bindende directieve uitgevaardigd die de Regering en alle beleidsactoren, zowel bestuurlijk als strafrechtelijk, ertoe verplicht over te gaan tot de uitvoering van een drugsbeleid dat de preventie, de hulpverlening en de beveiliging van de samenleving integreert in één beleidsconcept.

Deze directieve, die legistisch wordt verwerkt in een Koninklijk besluit dat enkel handelt over de cannabisproblematiek, is een geschikt instrument om op een soepele wijze in te spelen op de snelle ontwikkelingen waardoor het drugsfenomeen wordt gekenmerkt.

Deze directieve vormt de beleidsmatige vertaling van de **aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs** van de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, die op 5 juni 1997 verslag uitbracht (Gedr. St., Kamer, 1996-1997, 1062/1 tot 3). U vindt de aanbevelingen in bijlage. Deze directieve houdt rekening met het evaluatieonderzoek naar de toepassing van de vorige richtlijn (de richtlijn van 8 mei 1998 nopens het vervolgingsbeleid inzake bezit en detailhandel van illegale verdovende middelen).

Uit het evaluatieonderzoek bleek dat een **niet-eenvormige beteugeling** van druggebruik door de verschillende parketten blijft bestaan. Zowel de **waaier aan maatregelen** die de richtlijn van 8 mei 1998 bood, als de **vage criteria en het voor interpretatie vatbare begrippenkader** waren hieraan debet. Deze directieve poogt duidelijker aan te geven wat de beoordelingsmarges zijn in het opsporings- en vervolgingsbeleid. Zij moet interpretatieverschillen zo goed mogelijk uitsluiten om tot een eenvormige toepassing te komen.

Bovendien, zo bleek uit het evaluatieonderzoek, worden **vervolging** en het opleggen van een **gevangenisstraf** nog relatief vaak aangewend, hoewel de parlementaire werkgroep concludeerde dat een repressieve interventie tegenover een

druggebruik(st)er slechts gerechtvaardigd is wanneer de betrokkene daarnaast ook inbreuken heeft gepleegd die de maatschappelijke orde verstoren en een maatschappelijke reactie vereisen.

Bovendien moet men rekening houden met de nieuw politieorganisatie en de nieuwe structuren die hierbij in het leven zijn geroepen.

Het beheersen van lokale problemen waarbij preventie, hulpverlening, risicobeheersing, tegengaan van criminele en andere overlast hand in hand moeten gaan, is een dwingende opdracht voor de lokale bestuurlijke overheden in overleg met de procureur des Konings, verantwoordelijk voor het opsporings- en vervolgingsbeleid. Het zonaal veiligheidsoverleg is het aangewezen forum om een lokaal geïntegreerd drugsbeleid te voeren. De politiediensten moeten van hun aansturende overheden duidelijke instructies krijgen.

Het opsporingsbeleid en het vervolgingsbeleid worden beschouwd als **onderdeel van één beleid**. Het opsporingsbeleid dient een afgeleide te zijn van het vervolgingsbeleid.

De nadruk wordt gelegd op de toepassing van **artikel 151, § 1 van de Grondwet** en op **artikel 143ter, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek**. De directieve is bindend voor alle leden van het openbaar ministerie. Vanzelfsprekend komt het aan het Openbaar Ministerie toe om het bewijs te leveren van het drugsmisdrijf dat men wenst te vervolgen.

De directieve past in een **normaliseringsbeleid**, de zogenaamde derde weg tussen prohibitie en anti-prohibitie, gericht op rationele risicobeheersing en gestoeld op drie peilers : preventie, hulpverlening en repressie. Het belang van een **vroege interventie door de hulpverlening** wordt benadrukt. Het strafrechtelijk beleid tegenover druggebruikers moet gebaseerd zijn op de volgende principes :

1. De strafrechtelijke interventie is ten aanzien van de druggebruik(st)er steeds het **ultimum remedium**. Buiten specifieke risicosituaties, zoals sturen onder invloed en het veroorzaken van maatschappelijke overlast, is druggebruik op zich geen reden tot een vergeldende interventie.

2. De **strafrechtelijke interventie** houdt rekening met de individuele toestand van de betrokkene. Problematische druggebruik(st)ers die in contact komen met politie of justitie zullen georiënteerd worden naar de hulpverlening. Uitgangspunt is de vrijwilligheid en het respect voor de eigen finaliteit van justitie enerzijds en de hulpverlening anderzijds.

3. Middelenafhankelijkheid is **geen reden om crimineel gedrag te verschonen**.

De **minister van Justitie en het College van procureurs-generaal** zullen een **nieuwe richtlijn** uitvaardigen die in overeenstemming is met de wetswijziging en met de principes en de regeling die worden vastgelegd in het cfr supra aangekondigde koninklijk besluit.

2. Principes van het vervolgingsbeleid

Er wordt bij de opsporing en de vervolging een onderscheid gemaakt tussen cannabis en andere illegale drugs enerzijds en tussen de drie categorieën van drugsmisdrijven anderzijds.

A. Cannabis

CATEGORIE 1 : BEZIT VOOR EIGEN GEBRUIK

Wat : een gebruikershoeveelheid of een hoeveelheid waarvan men redelijkerwijze mag veronderstellen dat ze niet bestemd is voor de verkoop.

Opsporing : politie

— Bij vaststelling :

— geen PV meer, wel politionele registratie met een maandelijks verslag aan de P.d.K zodat men de ontwikkelingen op het terrein kan opvolgen

— geen beslag

— Uitzondering : gewoon PV met omstandig verslag ingeval van :

1. aanwijzingen van problematisch gebruik;

2. maatschappelijke overlast (gebruik in aanwezigheid van minderjarigen en in situaties van openbare overlast zoals omschreven in de gemeentewet);

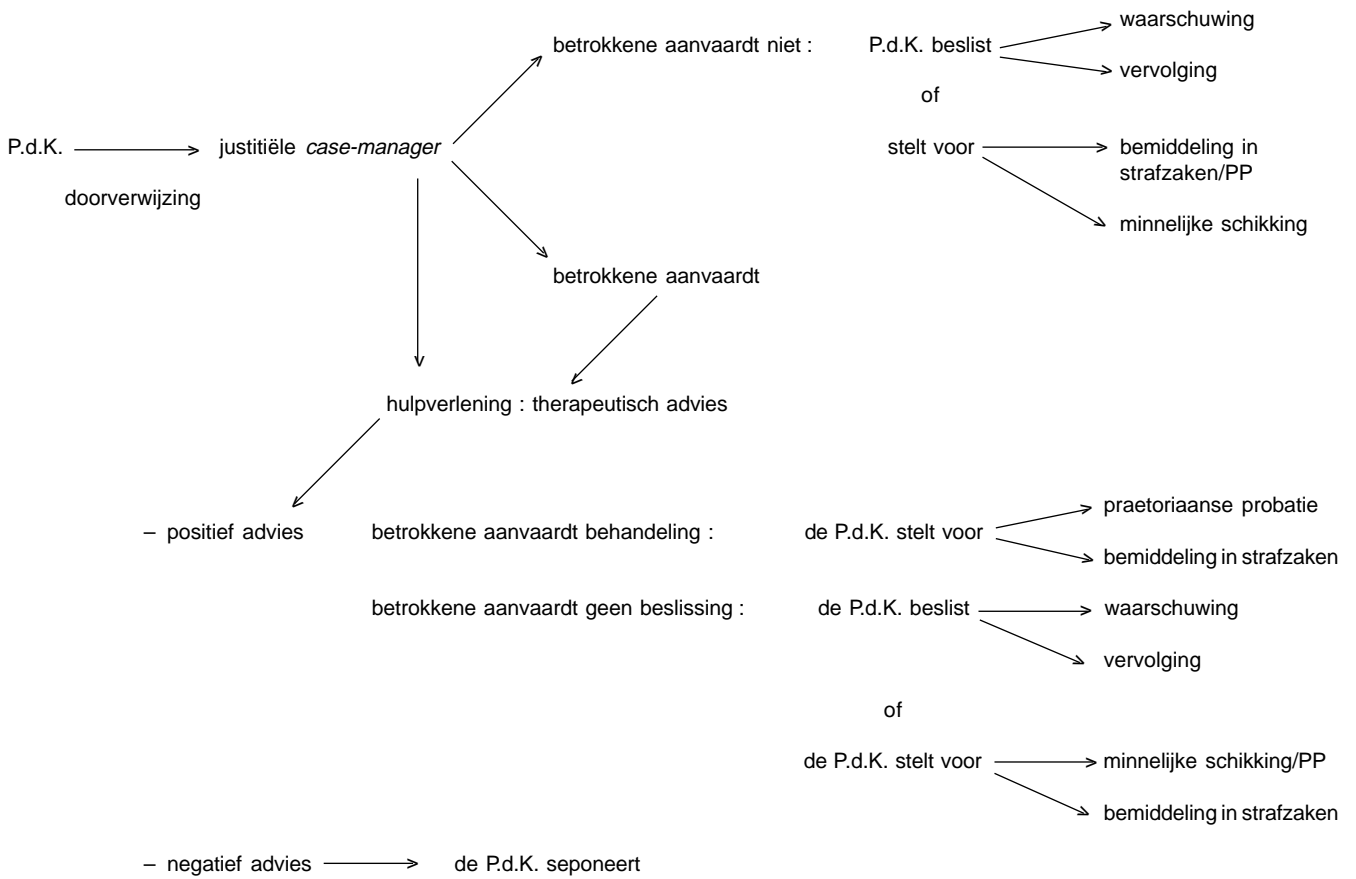
Opsporingsbeleid :

— prioriteit naar overlastsituaties onder andere concentraties van gebruikers en dealers

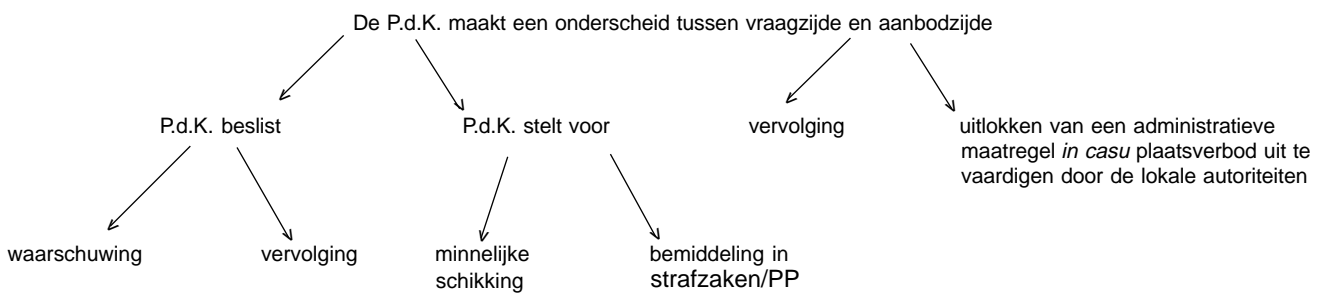
— prioriteit naar risicosituaties (onder andere cannabisgebruik in het verkeer, dealen in de buurt van scholen en concentraties van jongeren)

Vervolg : procureur des Konings

1. Aanwijzingen van problematisch gebruik



2. Overlastsituaties



CATEGORIE 2 : HET INVOEREN, VERVAARDIGEN, VERVOEREN, BEZITTEN VAN EEN HOEVEELHEID DRUGS DIE DE KWALIFICATIE « BEZIT VOOR EIGEN GEBRUIK » TE BOVEN GAAT OF WANNEER DEZE DRUGSMISDRIJVEN DIE GEPLEEGD WORDEN IN HET KADER VAN DE IN DE DRUGWET VOORZIENE VERZWARRENDE OMSTANDIGHEDEN (BIJVOORBEELD BIJZIJN MINDERJARIGEN)

Opsporing : politie

— vaststelling :

- normaal PV met duidelijk aangeven van de hoeveelheden in beslag genomen drugs
- indien er aanwijzingen zijn van problematisch gebruik wordt dit uitvoerig vermeld in het PV

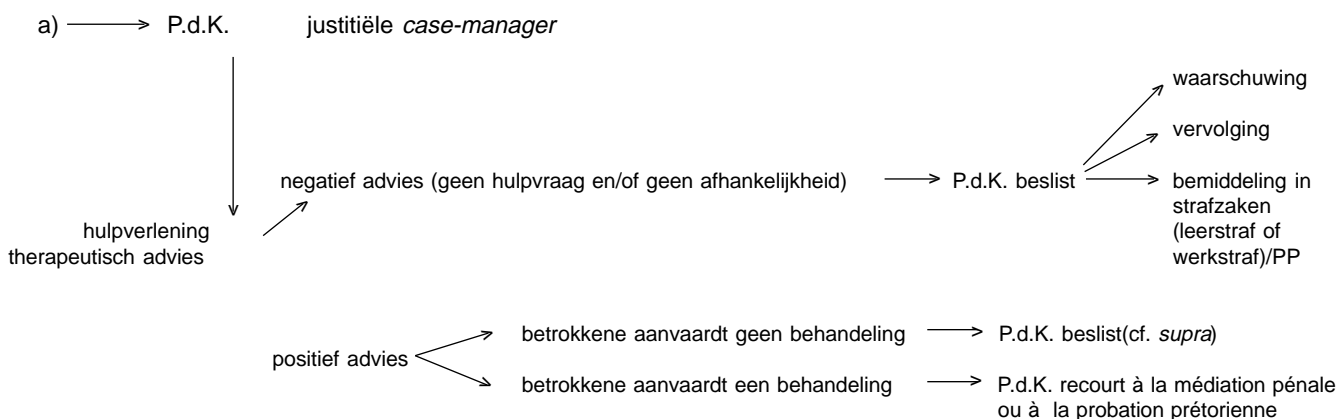
— opsporingsbeleid :

- richt zich prioritair naar de grote dealers
- richt zich prioritair naar overlastsituaties (cf. *supra*)
- richt zich prioritair naar risicosituaties (cf. *supra*)

Vervolg : P.d.K. : Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen :

1. De misdrijven, voorzien in categorie 2, die gepleegd worden om te voorzien in het eigen gebruik

In dit geval heeft men de keuze tussen 2 opties. De keuze wordt bepaald door de aanwezigheid van een problematisch gebruik en door de zwaarwichtigheid van de feiten.



b) —> P.d.R. poursuite

2. De misdrijven, voorzien in categorie 2, worden gepleegd uit louter winstbejag of met de verzwarende omstandigheden voorzien in de drugwet

P.d.K. stelt vervolging in.

CATEGORIE 3 : DRUGGERELATEERDE MISDRIJVEN, ANDERE DAN DEZE VOORZIEN IN CATEGORIE 1 EN 2

Bedoelde misdrijven :

- verwervingsmisdrijven van zwaarwichtige aard (straatroof, gewapende overval)
- expressieve misdrijven van zwaarwichtige aard (slagen en verwondingen, zware bedreigingen, gijzeling)
- consensuele misdrijven van zwaarwichtige aard
 - (* lidmaatschap van criminele organisatie betrokken in drugproductie (drughandel))
 - (* productie en handel op grote schaal)

Opsporing : politie :

- opsporingsbeleid : prioritaire aandacht
- vaststelling : gewoon PV. Indien er in hoofde van de misdrijfpleger aanwijzingen zijn van problematisch gebruik wordt daarvan in het PV uitvoerig melding van gemaakt.

Vervolg : P.d.K. :

- bij het beoordelen van deze categorie van misdrijven zal de P.d.K. rekening houden met volgende overwegingen :
 - Het gegeven dat een misdrijf druggerelateerd is houdt geen verzachtende omstandigheid in of verschoont de dader niet. Met andere woorden de P.d.K. zal bij de beoordeling rekening houden met de zwaarwichtigheid van de feiten.

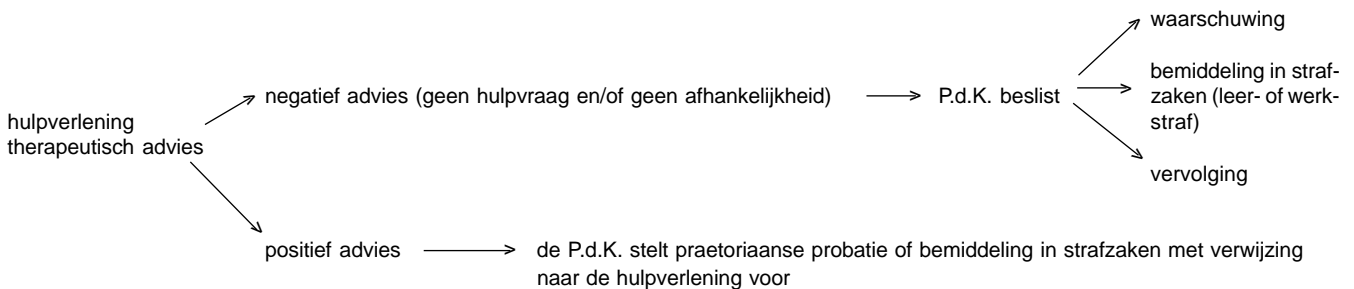
– De P.d.K. zal ook rekening met de aanwezigheid van problematisch gebruik. In de mate van het mogelijke worden de premises van beveiliging van de samenleving (zwaarwichtigheid van de feiten) en een geïndividualiseerde en zo vroeg mogelijke therapeutische interventie (problematisch gebruik) met elkaar verzoend.

De P.d.K. maakt een onderscheid tussen :

1. Druggerelateerde misdrijven waarbij in hoofde van de misdrijfpleger aanwijzingen bestaan van problematisch druggebruik

a) P.d.K. oordeelt dat de zwaarwichtigheid van de ter laste gelegde feiten een geïndividualiseerde afhandeling, desgewenst in therapeutische zin, niet in de weg staat.

P.d.R. justitiële *case-manager*



b) P.d.K. oordeelt dat de zwaarwichtigheid van de feiten, al dan niet gekoppeld aan de sociaal gevaarlijkheid van de misdrijfpleger, een geïndividualiseerde afhandeling, op niveau van de vervolging, in de weg staat.

Vervolging omwille van de zwaarwichtigheid van de feiten

Noteer : dit sluit niet uit dat de P.d.K. bij de uitoefening van de strafvordering zich akkoord verklaart met een probatie-opschorting of een probatie-uitstel. Evident ligt de beslissing bij de strafrechter.

2. Druggerelateerde misdrijven, waarbij in hoofde van de misdrijfpleger geen aanwijzingen bestaan voor problematisch druggebruik

Vervolging omwille van de zwaarwichtigheid van de feiten

B. *Andere illegale drugs*

Wat : gebruikershoeveelheid

Opsporing : politie

— Bij vaststelling :

– gewoon PV

– in geval van problematisch gebruik of van overlast of risicosituaties wordt dit vermeld in het PV

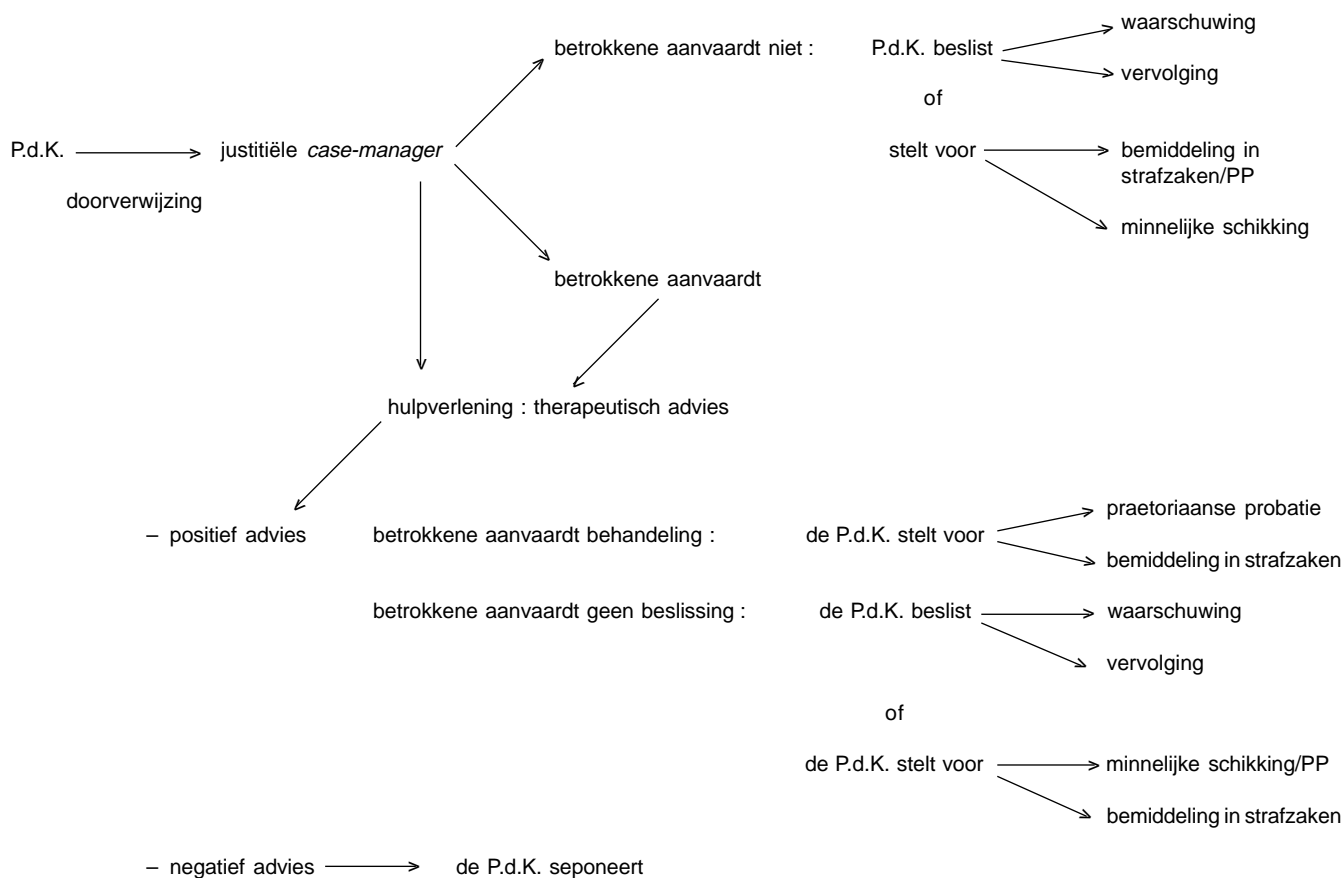
Opsporingsbeleid :

— prioriteit naar overlastsituaties onder andere concentraties van gebruikers en dealers

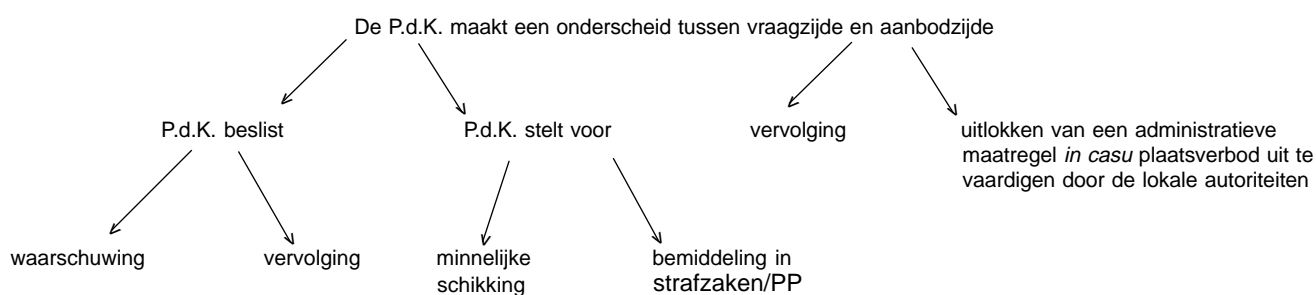
— prioriteit naar risicosituaties (onder andere cannabisgebruik in het verkeer, dealen in de buurt van scholen en concentraties van jongeren)

Vervolgung : procureur des Konings

1. Aanwijzingen van problematisch gebruik



2. Overlastsituaties



Deze publikatie wordt uitsluitend gedrukt op volledig gerecycleerd papier
Cette publication est imprimée exclusivement sur du papier entièrement recyclé

0101/6282
I.P.M. COLOR PRINTING
☎ 02/218.68.00

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
ET SÉNAT DE BELGIQUE

23 janvier 2001

NOTE POLITIQUE
du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. INTRODUCTION	8
1.1. Une note fédérale	8
1.2. Considérations préliminaires	8
2. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS DU GROUPE PARLEMENTAIRE DROGUE	9
2.1. Considérations préliminaires	9
2.2. Approche intégrée et globale	10
2.2.1. En général	10
2.2.2. Harmonisation politique verticale	10
2.2.3. Harmonisation politique horizontale	10
2.2.4. Financement	10
2.3. Évaluation / Épidémiologie	10
2.4. Prévention	11
2.4.1. En général	11
2.4.2. Jeunes	11
2.4.3. Médicaments psychoactifs	11
2.4.4. Smart drugs	12
2.4.5. Influence des drogues légales et illégales sur le comportement au volant	12
2.5. Soins, réduction des risques et réinsertion sociale	12
2.5.1. En général	12
2.5.2. Réduction des risques	12
2.6. Répression	13
2.6.1. Production et trafic de drogue	13
— La production de drogue	13
— Le trafic de drogue	13
2.6.2. Politique pénale vis-à-vis des consommateurs de drogue, de la criminalité liée à la drogue et du trafic de drogue	14
— Recherche et poursuites	14
— Fixation de la peine	14
2.6.3. Politique pénitentiaire	14

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CVP	:	Christelijke Volkspartij
FN	:	Front National
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	:	Parti socialiste
PSC	:	Parti social-chrétien
SP	:	Socialistische Partij
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 50 0000/000 :	Parlementair document van de 50e zittingsperiode + nummer en volgnummer	DOC 50 0000/000 :	Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Integraal Verslag (op wit papier, bevat de bijlagen en het Beknopt Verslag, met kruisverwijzingen tussen Integraal en Beknopt Verslag)	CRIV :	Compte Rendu Intégral (sur papier blanc, avec annexes et CRA, avec renvois entre le CRI et le CRA)
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)
CRABV :	Beknopt Verslag (op blauw papier)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)
PLEN :	Plenum (witte kaft)	PLEN :	Séance plénière (couverture blanche)
COM :	Commissievergadering (beige kaft)	COM :	Réunion de commission (couverture beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : alg.zaken@deKamer.be</i>	<i>e-mail : aff.generales@laChambre.be</i>

3. SITUATION ACTUELLE	15
3.1. Une approche intégrée et globale	15
3.1.1. En général	15
3.1.2. Harmonisation politique verticale	15
3.1.3. Harmonisation politique horizontale	15
3.1.4. Financement	15
3.2. Évaluation / Épidémiologie	17
3.3. Prévention, sensibilisation et réduction des risques	18
3.3.1. Données générales	18
3.3.2. Jeunes	19
3.3.3. Médicaments psychoactifs	19
3.3.4. Smart drugs	19
3.3.5. Influence des drogues légales et illégales sur le comportement au volant	19
3.4. Assistance, réduction des risques et réinsertion	20
3.4.1. En général	20
3.4.2. Réduction des risques	22
3.5. Répression	23
3.5.1. Production et trafic de drogues	23
— La production de drogues	23
— Le trafic de drogues	23
3.5.2. Politique pénale à l'égard des consommateurs de drogues, de la criminalité liée à la drogue et à l'égard du trafic de drogues	24
— Introduction	24
— Les parquets	24
— Les modalités de règlement alternatives	25
— Les services de police	26
— La modalité de règlement alternative dans le cadre de la loi sur la détention provisoire : la mise en liberté conditionnelle	27
— La fixation de la peine	28
3.5.3. Politique pénitentiaire	29
4. POINTS D'ACTION	29
4.1. Une approche globale et intégrée	29
4.1.1. Cellule politique en matière de Drogues (Cellule Drogue) / Conférence interministérielle Politique en matière de Drogues	29
— Sommaire	29
— Ministre responsable	30
— Calendrier	30
— Budget estimé	30
4.1.2. Justice — Assistance : des accords clairs	31
— Sommaire	31
— Ministre responsable	32
— Calendrier	32
— Budget estimé	32
4.1.3. Le volet « drogues » du plan global (contrats avec les communes)	32
— Sommaire	32
— Ministre responsable	33
— Calendrier	33
— Budget estimé	33
4.1.4. Politique internationale en matière de drogues	34
— Sommaire	34
— Ministre responsable	34
4.2. Épidémiologie / Évaluation / Recherche	34
4.2.1. Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies	34
— Sommaire	34
— Ministre responsable	35
— Calendrier	35
— Budget estimé	35
4.2.2. Système d'Alerte précoce (« <i>early warning</i> »)	36
— Sommaire	36
— Ministre responsable	36

— Calendrier	36
— Budget estimé	36
4.2.3. Évaluation des méthodes de traitement, équipements et circuits de soins	37
— Sommaire	37
— Ministre responsable	37
— Calendrier	37
— Budget estimé	37
4.2.4. Évaluation des MASS	37
— Sommaire	37
— Ministre responsable	38
— Calendrier	38
— Budget estimé	38
4.3. Prévention	38
4.3.1. Médicaments psychoactifs	38
— Sommaire	38
— Ministre responsable	39
— Calendrier	39
— Budget estimé	39
4.3.2. Conduire sous l'influence de l'alcool, de drogues et de médicaments	39
— Sommaire	39
— Ministre responsable	40
— Calendrier	40
— Budget estimé	40
4.3.3. Tabac et alcool	40
— Sommaire	40
— Ministre responsable	41
— Calendrier	41
— Budget estimé	41
4.3.4. Développement de la prévention	42
— Sommaire	42
— Ministres responsables	42
— Calendrier	42
— Budget estimé	42
4.4. Prise en charge, réduction des risques et (ré)insertion	43
4.4.1. Organisation de l'offre de soins	43
— Sommaire	43
— Ministre responsable	44
— Calendrier	44
— Budget estimé	44
4.4.2. Financement de l'assistance	44
— Sommaire	44
— Ministre responsable	45
— Calendrier	45
— Budget estimé	45
4.4.3. Assistance aux toxicomanes par case management	45
— Sommaire	45
— Ministre responsable	46
— Calendrier	46
— Budget estimé	46
4.4.4. Consommateurs de drogues présentant des problèmes psychiatriques (double diagnostic)	46
— Sommaire	46
— Ministre responsable	47
— Calendrier	47
— Budget estimé	47
4.4.5. Le réseau d'accueil d'urgence et de crise	47
— Sommaire	47
— Ministre responsable	47
— Calendrier	48
— Budget estimé	48
4.4.6. Les mineurs d'âge	48
— Sommaire	48
— Ministre responsable	48

— Calendrier	48
— Budget estimé	48
4.4.7. Suivi ou traitement postcure	48
— Sommaire	48
— Ministre responsable	49
— Calendrier	49
— Budget estimé	49
4.4.8. Traitements de substitution	49
— Sommaire	49
— Ministre responsable	49
— Calendrier	50
— Budget estimé	50
4.4.9. Échange de seringues	50
— Sommaire	50
— Ministre responsable	50
— Calendrier	50
— Budget estimé	50
4.4.10. Distribution contrôlée d'héroïne	50
— Sommaire	50
— Ministre responsable	50
— Calendrier	50
— Budget estimé	50
4.5. Répression	51
4.5.1. Le Plan fédéral de sécurité	51
4.5.2. Politique pénale — trafic de drogue	51
— Sommaire	51
— Ministre responsable	52
— Calendrier	52
— Budget estimé	52
4.5.3. Réaction pénale à l'usage de drogues	52
— Contenu	52
— Catégorie 2 : L'importation, la fabrication, le transport, la détention d'une quantité de drogues illégales qui excèdent la qualification « détention à usage personnel » (catégorie 1) et/ ou qui sont commis dans le cadre des circonstances aggravantes prévues dans la loi relative aux drogue (par exemple la présence de mineurs d'âge)	57
QUELQUES PRINCIPES ORGANISATOIRES	58
— Ministre responsable	58
— Calendrier	58
— Budget estimé	59
4.5.4. Fixation de la peine	59
— Sommaire	59
— Ministre responsable	59
— Calendrier	59
— Budget estimé	59
4.5.5. Avis thérapeutique	59
— Sommaire	59
— Ministre responsable	60
— Calendrier	60
— Budget estimé	60
4.5.6. Confiscation de l'argent de la drogue	60
— Sommaire	60
— Ministre responsable	60
— Calendrier	60
— Budget	60
4.5.7. Une politique pénitentiaire cohérente en matière de drogue	60
— Sommaire	60
— Ministre responsable	61
— Calendrier	61
— Budget estimé	61
BIJLAGEN	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ASL	Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung
BIRN	Belgian Information Reitox Network (Réseau d'information belge Reitox)
CAD	Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen — Limburg
CCAD	Comité de concertation sur l'alcool et les autres drogues (remplacé par Eurotox)
CSM	Centre de santé mentale
CTB/ODB	Concertation Toxicomanie Bruxelles — Overleg Druggebruik Brussel
GAFI	Groupe d'action financière sur le blanchiment des capitaux
GLEM	Groupes locaux d'évaluation médicale
GLD	Groupe Local de coordination Drogue
IBSR	Institut belge pour la Sécurité routière
IHE	Institut d'hygiène et épidémiologie (à présent ISSP)
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
ISSP	Institut scientifique de la santé publique
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
LCD	Lokale Coördinatiegroep Drugs (Groupe Local de coordination Drogue)
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MASS	Maisons d'accueil socio-sanitaires
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues
RMT	Résumé minimum Toxicomanie
ROSITA	Road Side Testing Assessment
RPM	Résumé psychiatrique minimum
SODA	Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen
SPPP	Secrétariat permanent à la politique de prévention
SSTC	Services Fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles
UG	Universiteit Gent
ULB	Université Libre de Bruxelles
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VRM	Vlaamse Registratie Middelengebruik

LEXIQUE

Pénalisation de l'usage (ou consommation) de drogue(s) :

La présente note évoque, à plusieurs reprises, la pénalisation de l'usage de drogues. Le gouvernement fédéral a pleinement conscience du fait que l'usage ou consommation en tant que tels ne sont pas punissables; sont visés ici les infractions à la législation sur la drogue touchant à la consommation personnelle (importation, possession, ...) et qui sont commises sans qu'il soit question d'infractions à d'autres dispositions pénales.

L'Évaluation d'Impact selon le Genre :

L'Évaluation d'Impact selon le Genre est un instrument permettant d'évaluer, au moyen d'une série de questions, l'impact différentiel d'intentions politiques déterminées sur les hommes et les femmes. Une telle évaluation est ciblée sur la détection d'une spécificité de genre, sur l'estimation de l'ampleur de cette spécificité et sur la formulation d'alternatives permettant de pallier une dimension spécifique de genre déséquilibrée. Il s'agit donc d'un outil mis en œuvre dans le but de dépister, dans les mesures politiques projetées, une dimension spécifique de genre non équilibrée, souvent cachée et involontaire et de pouvoir formuler une stratégie plus équilibrée dans cette optique. Cet instrument répond à une demande souvent formulée qui réclame l'examen de toutes les intentions politiques sous l'angle de l'égalité des chances.

Consommation problématique de drogues :

Un modèle de consommation que l'on n'arrive plus à contrôler, se manifestant par exemple par une toxicodépendance, un comportement criminel lié à la drogue, ...

1. INTRODUCTION

Le gouvernement fédéral a pris connaissance du **rapport du groupe de travail Politique en matière de Drogue** de la Chambre des représentants. Par le biais de la présente note politique, le gouvernement fédéral se propose, d'une part, de **faire le point** en ce qui concerne l'exécution des recommandations et, d'autre part, de préciser **de quelle manière il a l'intention de concrétiser un certain nombre des recommandations non réalisées**. En annexe de cette note, vous trouverez un **aperçu de la politique en matière de drogue menée dans les pays voisins et par quelques organisations internationales**. La note politique a été annoncée dans l'**accord de gouvernement** (chapitre « Questions éthiques ») et dans le **Plan fédéral de Sécurité et de Détention**.

1.1. UNE NOTE FÉDÉRALE

Étant donné que la problématique de la drogue dépasse le niveau de la compétence fédérale et que ce sont surtout les **communautés**, mais également les **régions** qui ont des compétences dans ce domaine, l'on peut s'interroger sur l'utilité d'une note politique fédérale concernant la problématique de la drogue. La note politique fédérale a été élaborée pour les raisons suivantes :

- la Chambre des représentants a demandé au gouvernement fédéral dans sa motion du 26 juin 1997 d'élaborer une telle note;
- il n'y a, à ce jour, pas encore d'organe politique chargé de cette problématique regroupant le gouvernement fédéral et les gouvernements communautaires;
- le gouvernement fédéral a des compétences importantes et assure le financement d'une grande partie des soins aux toxicomanes ainsi que des aspects répressifs et même préventifs dans ce domaine;
- la plupart des organisations internationales s'adressent, en première instance, à la Belgique et non pas aux gouvernements des régions et communautés.

Il va de soi que les projets qui concernent les **gouvernements des communautés et régions** seront, à tour de rôle, **concrètement négociés** entre les ministres compétents fédéraux, communautaires et régionaux. Il ne s'agit, **en aucun cas**, de **remettre en question les compétences autonomes des communautés et régions**.

1.2. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

La **note politique fédérale Drogue** a pour but de donner une réponse aux **problèmes les plus préoccupants concernant la consommation de drogues et la toxicomanie dans notre société**. Ils ont été inventoriés par le **groupe de travail parlementaire Drogue** qui a également formulé des **recommandations** pour aborder ces problèmes. La note politique fédérale se limite aux substances psychoactives (légalisées et illégales), y compris le tabac. La dépendance au jeu n'est pas abordée, pas plus que l'usage de cannabis d'ailleurs.

Le gouvernement fédéral confirme que l'abus des drogues est un **problème de santé publique**. La présente note politique s'inscrit dans le cadre d'une **politique de normalisation** ciblée sur la **gestion rationnelle des risques**. La politique du gouvernement fédéral aura des répercussions tant sur l'**offre** que sur la **demande**. Les **objectifs** principaux sont :

- une **baisse du nombre de citoyens dépendants**;
- une **diminution des problèmes physiques et psychosociaux** que peut engendrer l'abus de drogue;
- une **diminution des conséquences négatives du phénomène de la drogue pour la société** (parmi lesquelles les nuisances sociales).

Une politique basée sur **trois piliers** poursuit les objectifs précités :

- **prévention** pour les non consommateurs et les consommateurs non problématiques;
- **assistance, réduction des risques et réinsertion** pour les consommateurs problématiques; et
- **répression** pour les producteurs et les trafiquants.

Pour que ces trois piliers puissent être développés de façon intégrée, il faut veiller, **par priorité**, à :

- accroître la **collaboration** entre les différents domaines politiques compétents; et à
- développer l'**arsenal épidémiologique et d'évaluation**.

Il est préférable d'aborder la consommation problématique (celle qui ne va pas de pair avec des délits de droit commun) par **une offre d'assistance axée sur la réinsertion qu'en punissant l'intéressé et en lui imposant ainsi des souffrances supplémentaires. Ne vaut-il pas mieux prévenir que guérir ?** Le gouvernement fédéral plaide donc pour une politique de **prévention** efficace.

Il faut par ailleurs un certain nombre d'**initiatives législatives** permettant de combattre plus efficacement la criminalité organisée. **La répression** reste le mot-clé ici.

La présente note n'utilise la distinction « **drogues légales** », « **drogues illégales** » que là où cette distinction a un sens.

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 comprend différents **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 gouvernement fédéral libère **500 millions de francs belges** pour l'exécution de cette note, et plus particulièrement pour la prévention et la dispensation de soins.

La présente note a fait l'objet d'une **Évaluation de l'Impact selon le Genre** dont le résultat a été :

- une terminologie n'indiquant pas de spécificité de genre;
- une présentation plus claire de la situation et de la vision politique;
- l'insertion, la suppression ou la reformulation de plusieurs points d'action.

Pour conclure, signalons que le gouvernement fédéral a pu compter sur une large **coopération des acteurs de terrain** lors de l'élaboration de la note politique; **nous remercions tous ceux qui nous ont aidés. Les communautés et régions** ont réagi favorablement à la demande du gouvernement fédéral visant à se concerter sur les différents points d'action, **ce dont nous les remercions également.**

2. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS DU GROUPE PARLEMENTAIRE DROGUE

Le 5 juin 1997, le groupe parlementaire Drogue a fait rapport à la Chambre (Doc. Parl. Chambre, 1996-1997, 1062/1 à 1062/3). Le groupe de travail parlementaire, composé de représentants de plusieurs commissions et bénéficiant de l'accompagnement d'experts, a organisé des audiences publiques sur les différents aspects de la problématique de la drogue et a fait des recommandations au gouvernement.

Les recommandations du groupe parlementaire ont donné lieu à une motion de la Chambre (Doc. Parl. Chambre, 1996-1997, n° 1062/4) dans laquelle elle demande notamment au gouvernement de créer une Cellule Drogue et de faire régulièrement rapport sur l'implémentation de ses recommandations.

Les conclusions et recommandations du groupe parlementaire sont résumées dans le rapport universitaire « La politique belge en matière de drogue — an 2000 : situation » des professeurs B. De Ruyver (*Rijksuniversiteit Gent*) et J. Casselman (*Katholieke Universiteit Leuven*). Ce chapitre est basé sur le rapport universitaire visé.

2.1. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Le groupe de travail parlementaire a opté pour **une politique de normalisation et une approche intégrée et globale.**

Dans une telle politique de normalisation intégrée et globale, la plus haute priorité doit être **la prévention**, suivie par **l'assistance** et, le cas échéant, par **la répression.**

L'objectif le plus important est la dissuasion et la réduction de la consommation de drogues, légales ou illégales; il consiste aussi à freiner le nombre de nouveaux consommateurs par le biais de **la prévention.**

La deuxième priorité est **la protection de la société** et de ses membres confrontés aux phénomènes de la drogue. Elle concerne également les toxicomanes auxquels l'assistance nécessaire doit être donnée afin de leur permettre de mener une existence conforme à la dignité humaine en dépit de la drogue (en encourageant la politique de réduction des risques).

En ce qui concerne le **contrôle de l'offre de drogues**, une politique répressive renforcée doit être développée à l'égard du trafic de drogue et des organisations criminelles ayant des liens avec ce trafic.

La **politique pénale** doit être adaptée à l'égard des **consommateurs de drogues**. Il faut éviter que les usagers n'ayant pas commis de délits finissent en prison.

Une **politique pénitentiaire** permettant d'éviter que des personnes incarcérées pour des raisons diverses n'aient recours à la drogue doit être menée. En outre, il s'agit de faire en sorte que les détenus toxicomanes aient accès aux traitements de substitution.

Une **évaluation régulière** des résultats des mesures appliquées est indispensable si l'on veut adapter la politique de lutte contre la drogue aux développements sociaux.

Maîtriser le phénomène de la drogue suscite **une question à deux volets**. En premier lieu, il est important de fixer **les limites** de ce qu'une société et ses composantes peut supporter (sur le plan social, économique, éthique) pour ce qui est de la consommation des substances en cause. En deuxième lieu, il faut que la société s'organise afin d'assurer **le respect de ces limites**, sur la base des objectifs politiques postulés.

2.2. APPROCHE INTÉGRÉE ET GLOBALE

2.2.1. En général

Le fil conducteur du rapport du groupe de travail parlementaire était la nécessité d'une **collaboration et d'une coordination entre les différents acteurs concernés**, une collaboration d'autant plus nécessaire au niveau **politique**. Le **morcellement des compétences** entre les niveaux fédéral, communautaire, régional, provincial et local n'est pas vraiment favorable à une politique intégrée. Le groupe de travail parlementaire a considéré l'harmonisation de la politique aux différents niveaux comme la deuxième prémisses à une politique de normalisation. Cette harmonisation doit être concrétisée tant au niveau vertical qu'au niveau horizontal.

2.2.2. Harmonisation politique verticale

L'**harmonisation verticale** de la politique de prévention et d'assistance ainsi que de la politique sociale s'avère nécessaire. Cette harmonisation doit s'effectuer entre le niveau fédéral et communautaire, entre le niveau communautaire et provincial, entre le niveau fédéral et local et entre le niveau provincial et local.

2.2.3. Harmonisation politique horizontale

En ce qui concerne l'**harmonisation horizontale** des différents niveaux de pouvoirs, la plupart des forums de concertation sont déjà en grande partie disponibles. Il existe ainsi une concertation interdépartementale, des plateformes de concertation provinciales et locales en matière de prévention et d'assistance ainsi qu'une concertation pentagonale provinciale et locale.

2.2.4. Financement

Le **financement disparate** des projets aux différents niveaux de la politique est un problème crucial.

2.3. ÉVALUATION/ÉPIDÉMIOLOGIE

Afin de pouvoir se faire une idée exacte de la nature et l'ampleur de l'**usage** de drogues, les recommandations suivantes sont formulées :

1. des études de population seront organisées de manière systématique et à des intervalles réguliers; elles porteront sur des groupes comparables;
2. les études porteront aussi sur d'autres catégories que les jeunes scolarisés;
3. d'autres groupes à risque spécifiques seront intégrés dans les recherches;
4. les études s'intéresseront aussi à l'usage de drogues dans la population en général;
5. l'approche quantitative sera complétée par une étude plus qualitative afin de mieux mettre à jour l'usage des différentes substances.

Pour obtenir une estimation fiable de la **consommation problématique de drogues**, il faut que les autorités compétentes coordonnent leurs initiatives et arrivent à un enregistrement uniforme et national des différentes for-

mes d'assistance aux toxicomanes et le complètent par des données obtenues auprès des différents niveaux de l'administration de la justice pénale (y compris les services de police).

Au niveau national, **la collecte des résultats** des recherches épidémiologiques réalisées par différentes équipes devra être coordonnée et encouragée.

2.4. PRÉVENTION

2.4.1. En général

La dissuasion est l'attitude à adopter à l'égard de la consommation de **drogues illégales et légales**, à l'exception des substances prescrites à des fins médicalement justifiées. Pour réaliser cet objectif, il faudra mettre en œuvre des **mesures préventives**, de nature tant éducative (la famille, l'école, les organisations de jeunes) que socio-économique. La politique de prévention sera donc axée, d'une part, sur une **prévention structurelle** (lutte contre la précarité, urbanisation, développement au niveau des quartiers, politique urbaine sociale) et, d'autre part, sur une **prévention visant la personne** (promotion de la santé et éducation sanitaire, stimulation des aptitudes sociales, apprentissage de la gestion des risques). La prévention doit s'inscrire dans le contexte du mode de vie des groupes auxquels elle s'adresse. Il faut également que les besoins des parents, des partenaires et de la famille soient pris en compte.

Une société sans drogues étant une utopie, il faut donc concentrer nos efforts sur des **objectifs plus réalistes** comme :

1. prévenir les toxicomanies précoces;
2. lutter contre la conduite de véhicules sous l'influence des produits visés;
3. retarder la consommation ou la contrôler;
4. réduire l'abus des substances en cause.

En Belgique, les activités se situent toujours surtout au niveau de la prévention **primaire**. Outre la multiplication des activités en matière de **prévention secondaire et tertiaire**, les projets dans le cadre de la prévention primaire doivent continuer à bénéficier d'un soutien efficace. Une évolution récente — un glissement de l'attention vers les groupes d'âges plus jeunes — doit être encouragée.

La prévention **secondaire** doit être centrée sur les groupes à risque suivants : les jeunes dans les quartiers marginalisés, le secteur horeca et le milieu pénitentiaire.

Étant donné que les acteurs de la prévention travaillent à des niveaux différents, pour des commanditaires différents, une **coordination de la concertation supralocale** et l'harmonisation des différentes stratégies de prévention s'avèrent nécessaires, et ce à deux niveaux : au niveau des communautés et au niveau des provinces.

Parallèlement à la coordination, la **continuité** de la méthode de travail et **la promotion de l'expertise** des intervenants du secteur préventif doivent être garanties. En outre, un **statut à part entière** pour les intervenants professionnels concernés doit être mis au point d'urgence.

Les médicaments psychoactifs, les smart drugs et l'influence des drogues légales et illégales sur le comportement au volant sont des **points importants** de la politique de prévention.

2.4.2. Jeunes

L'école sera le site par excellence de la mise en œuvre de la prévention. C'est pourquoi la prévention primaire dans l'enseignement doit être considérée comme essentielle et mérite d'être développée davantage.

2.4.3. Médicaments psychoactifs

L'**enregistrement** de certaines catégories de médicaments doit être examiné à la lumière de leur plus-value thérapeutique. Il s'agit de médicaments engendrant une dépendance qui sont actuellement utilisés massivement pour leurs effets pharmacologiques, en dehors de tout objectif médicalement justifié.

Le **comportement prescripteur** des médecins en ce qui concerne les médicaments engendrant une dépendance doit être accompagné et suivi sur le plan tant préventif que réactif. La modification du comportement de prescription des médecins pour ce qui est des substances psychotropes devrait être obtenue, en particulier au sein des groupes de médecins qui évaluent la pratique médicale, en appliquant la technique dite du « *peer review* » (évaluation par les pairs). Les commissions provinciales médicales ont un rôle important à jouer dans la prévention de ce comportement de prescription sans discernement et dans la correction des dysfonctionnements individuels éventuels. Les pharmaciens doivent participer activement à la politique de prévention.

Le gouvernement fédéral doit prendre d'urgence des mesures susceptibles d'agir sur l'**impact** qu'a l'industrie pharmaceutique sur le **comportement prescripteur** des médecins et de ramener **la publicité pour les médicaments** à une information scientifique objective.

2.4.4. Smart drugs

Il est important d'éviter que le consommateur soit **induit en erreur** pour ce qui est de la nature, de la composition et des effets des produits proposés.

2.4.5. Influence des drogues légales et illégales sur le comportement au volant

La consommation de drogues légales et illégales ayant une influence négative sur le comportement de l'automobiliste au volant doit être déconseillée. **Les tests de dépistage de la drogue pour les automobilistes** doivent être généralisés à cette fin. La législation sera adaptée à cet effet et des taux limites clairs doivent être fixés. L'infrastructure et la formation nécessaires doivent être mises en place pour les personnes chargées de faire respecter la loi.

Les **actions de sensibilisation et l'information** sur l'influence des drogues sur le comportement de l'automobiliste au volant doivent englober toutes les drogues, légales et illégales. Il faut que **le secteur pharmaceutique et médical** soit davantage responsabilisé dans ce sens.

2.5. SOINS, RÉDUCTION DES RISQUES ET RÉINSERTION SOCIALE

2.5.1. En général

L'usage problématique de drogues légales et illégales ne peut être évité dans notre société. Les consommateurs problématiques doivent donc avoir accès à un **large éventail d'équipements**, allant d'initiatives dites à bas seuil destinées à réduire les dommages (comme l'échange de seringues et les programmes de substitution) aux programmes thérapeutiques d'abstinence dits à haut seuil. L'assistance doit prendre la forme de « soins sur mesure », ce qui se vérifie *a fortiori* pour les jeunes étant donné que leur situation requiert une aide plus spécifique. Les équipements seront harmonisés et **coordonnés** grâce aux **plates-formes de concertation**, à un **système d'enregistrement** bien organisé et à un **contrôle formel** des autorités. Dans le contexte d'une approche multidisciplinaire, l'assistance spécialisée aux toxicomanes doit être intégrée dans **le réseau des équipements sociaux et médicaux existants**.

Le point de départ est **la volonté du demandeur d'aide**. Il faut éviter de contraindre quelqu'un à suivre un traitement. Un traitement sous une pression, par contre, doit être possible. D'un point de vue législatif, les possibilités existent, le problème est de les utiliser plus efficacement et de mettre à disposition le personnel et les moyens requis à cet effet.

Une collaboration entre la justice et l'assistance doit être étayée par des protocoles de collaboration délimitant le terrain et basés sur la reconnaissance mutuelle. La relation confidentielle entre le client et l'intervenant et donc le secret professionnel de ce dernier doivent être pris en compte.

Il faut élaborer un système cohérent **au niveau fédéral** décrivant tous les équipements accordant une aide aux toxicomanes. La finalité de chaque disposition doit être déterminée et les normes auxquelles les équipements doivent répondre seront précisées. C'est sur cette base que doit être développée l'assistance équilibrée aux toxicomanes aux différents échelons.

Au niveau régional, les différentes institutions devront développer un réseau harmonisé et ce grâce à une délimitation des groupes cibles, à la participation à la concertation et à l'orientation vers un spécialiste ainsi qu'à la collaboration.

2.5.2. Réduction des risques

Le développement de **l'échelon zéro et du premier échelon** doit être poursuivi. Cet objectif est fixé sur la base de la considération suivante : un comportement à risque se développe le plus souvent chez des toxicomanes marginalisés avec peu ou pas de contact avec le secteur de l'assistance. Ce comportement à risque ne se situe pas seulement sur le plan de la santé publique, mais également dans le domaine des différentes formes de criminalité et de nuisances liées à la drogue. En outre, une assistance à bas seuil peut représenter une plus-value en tant que maillon et catalyseur dans le cadre de la mise en place d'un meilleur réseau régional.

Les initiatives de **réduction des risques** doivent être stimulées. Elles ont pour objectif de tempérer les effets négatifs d'un usage excessif de drogues. Les programmes de substitution, l'accompagnement médical et psychologique, les programmes de promotion de l'insertion sociale par l'emploi et une organisation judicieuse des loisirs ont tout leur intérêt ici.

Il faut toujours tenir compte du fait que la consommation de drogues va de pair avec des problèmes individuels et sociaux : s'attaquer à une toxico-dépendance ne peut être efficace si **la problématique sous-jacente** n'est pas abordée. Dans ce sens-là, l'aspect multidisciplinaire est très important.

Un **financement** souple de cette assistance à bas seuil doit permettre d'atteindre réellement le groupe cible (souvent des personnes non assurées).

Les intervenants du premier échelon (les médecins généralistes, psychiatres, pharmaciens et centres de santé) doivent être amenés à participer au **traitement à la méthadone**, pour autant que les médecins généralistes reçoivent une formation adéquate, que des centres spécialisés accordent leur soutien à ces actions (par exemple faire appel aux médecins généralistes dans les antennes régionales des MASS) et qu'un système d'enregistrement à gestion centralisée soit mis en place. La vie privée des personnes concernées et le secret professionnel des intervenants doivent être sauvegardés lors de **l'enregistrement de l'administration de la méthadone** (ni les services judiciaires, ni les services de police n'auront un accès légal au système). L'enregistrement a pour objectif, d'une part, la collecte des données épidémiologiques pouvant contribuer au développement d'une politique basée sur les tendances actuelles et, d'autre part, d'éviter des risques graves pour la santé (« *shopping* » de méthadone).

2.6. RÉPRESSION

2.6.1. Production et trafic de drogue

— *La production de drogue*

La Belgique doit s'engager au maximum dans la **politique européenne en matière de la drogue**.

Freiner la production croissante des drogues légales et illégales demande une politique internationale, **intégrant des considérations politiques, économiques, sociales et sanitaires**.

Afin de s'opposer à la dépendance économique de la production de drogues, une politique de développement économique structurelle doit être mise en place afin de promouvoir activement **les cultures de substitution**.

Les conventions internationales régissant l'interdiction du commerce libre des **précurseurs** doivent être strictement respectées.

En tant qu'important producteur de **médicaments psychotropes**, la Belgique doit prendre l'initiative en réduisant la production des drogues légales au niveau justifié du point de vue de la santé publique.

— *Le trafic de drogue*

La Belgique a tout intérêt à ce que se développe une **collaboration internationale performante**, en particulier au niveau de l'Union européenne. **Europol** offre des perspectives intéressantes à cet égard. Au niveau national, une manœuvre de rattrapage doit être prévue en matière de **ratification des traités relatifs à l'assistance judiciaire**. Parallèlement l'arsenal d'instruments dans le domaine de l'assistance judiciaire devra être automatisé et le magistrat national devra disposer d'un meilleur encadrement. Le maintien du droit pénal doit être optimisé par un **certain nombre d'initiatives législatives** et par **l'adaptation de l'arsenal des peines**.

Au niveau du **narcotourisme**, l'on plaide en faveur d'une approche transfrontalière intégrée, notamment par le biais d'une concertation triangulaire.

Pour ce qui est des **nuisances locales causées par la drogue**, le besoin d'une politique intégrée locale, comprenant tous les secteurs (social, assistance, police, justice, autorités administratives) se fait sentir. Les maisons de justice peuvent jouer un rôle dans ce contexte. Il est souhaitable d'étendre les compétences du bourgmestre dans le domaine des sanctions administratives.

2.6.2. Politique pénale vis-à-vis des consommateurs de drogue, de la criminalité liée à la drogue et du trafic de drogue

— Recherche et poursuites

L'intervention pénale vis-à-vis du consommateur de drogues reste **l'ultime recours**. La mise en œuvre de l'appareil répressif n'est jugée opportune que lorsque le consommateur de drogues **a commis des délits perturbant l'ordre social**. La nature de cette intervention est déterminée par **la gravité des faits** et **l'état individuel de la personne concernée**. Les toxicomanes (problématiques) qui ont affaire à la police ou à la justice doivent être orientés, en premier lieu, vers **l'assistance**. Mises à part les situations à risque spécifiques comme l'association de l'usage de drogues et la conduite de véhicules, la consommation de drogues en tant que telle ne doit pas donner lieu à une intervention pénale.

La possession des **drogues illégales** reste **punissable**.

Il faut faire la **distinction** entre le **commerce de détail inspiré par le seul appât du gain** et le **commerce de détail que les consommateurs de drogues exercent** pour financer leur consommation personnelle. Dans le premier cas, il faut considérer le commerce de détail comme un maillon essentiel de la chaîne du trafic de drogue. L'approche doit être identique à celle mise en œuvre à l'égard du commerce de gros. Dans le deuxième cas (vendre de la drogue pour couvrir ses propres besoins), il est préférable d'avoir recours au large éventail de possibilités dont dispose l'appareil répressif (entre autres les possibilités d'orientation). Ici se fait sentir le besoin d'une politique intégrée dans laquelle l'éventail de formules d'assistance proposées doit s'harmoniser avec les besoins de l'administration de la justice pénale et qui met en place des passerelles aux différentes phases de ladite administration de la justice pénale permettant une telle harmonisation.

Une autre **distinction** s'impose, notamment celle entre la détention à des fins de consommation personnelle de **produits dérivés de cannabis** et **d'autres drogues illégales**. La possession de cannabis pour consommation personnelle doit être assortie de la **priorité pénale la plus faible**. Dans le cas de la possession pour consommation personnelle de drogues illégales autres que le cannabis, il est indiqué d'entamer des poursuites s'il est question de **nuisances sociales** ou si le risque d'apparition de tels problèmes est réel ou encore si la personne concernée est un consommateur **problématique**.

Une personne toxico-dépendante ayant commis des **délits liés à la drogue** doit, dans toute la mesure du possible, être punie (prise en charge) par le biais des procédures alternatives prévues par la législation pénale.

— Fixation de la peine

Il faut éviter que **les consommateurs de drogues** n'ayant pas commis de délits aboutissent **en prison**. La prison n'est d'ailleurs pas **l'endroit indiqué** pour le traitement des **toxicomanes**. Le premier objectif d'une prison est en effet d'assurer la sécurité de la société.

De là que les consommateurs de drogues (dépendants) doivent pouvoir bénéficier, dans toute la mesure du possible, des **mesures de probation** dans les cas où les poursuites judiciaires s'avèrent nécessaires.

2.6.3. Politique pénitentiaire

D'une manière générale, il faudrait élaborer une **politique pénitentiaire en matière de drogues** dont le but est d'éviter que des personnes incarcérées ne commencent à consommer des drogues. Les détenus toxicomanes, quant à eux, devraient avoir accès aux **traitements de substitution**.

La fonction de la prison est ciblée sur **la sécurité de la société**. La prison ne peut jouer qu'un rôle très réduit dans la prise en charge de personnes toxico-dépendantes.

Le nombre important de détenus présentant des problèmes liés à l'usage de drogues **hypothèque toute politique d'exécution de la peine** au sein des établissements pénitentiaires. Etant donné l'encadrement réduit et la charge de travail considérable des accompagnateurs compétents dans les établissements visés, il convient de recourir à **l'offre d'assistance externe** pour le traitement des toxicomanes. Un règlement législatif explicite doit, entre autres, déterminer les responsabilités concernant le traitement médico-thérapeutique.

Une relation thérapeutique qui s'est développée pendant la détention peut être poursuivie par la suite, notamment grâce à l'utilisation des **diverses modalités de l'exécution de la peine et de l'interruption de ladite exécution**. La capacité de la **section sans drogues** doit être considérablement augmentée.

3. SITUATION ACTUELLE

Le rapport universitaire « La politique belge en matière de drogues — an 2000 : situation » des professeurs B. De Ruyver (*Rijksuniversiteit Gent*) et J. Casselman (*Katholieke Universiteit Leuven*) dresse l'inventaire des recommandations déjà concrétisées du groupe parlementaire Drogue qui a fait rapport à la Chambre (Doc. Parl. Chambre, 1996-1997, n^{os} 1062/1 à 1062/3) le 5 juin 1997. Ce chapitre est basé sur ledit rapport universitaire.

3.1. UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET GLOBALE

3.1.1. En général

Une conclusion générale s'impose : à l'heure actuelle, l'on peut **à peine parler d'une politique harmonisée, malgré les progrès accomplis progressivement** dans certains domaines.

3.1.2. Harmonisation politique verticale

Dans le domaine de la **politique générale** (santé publique, justice, affaires sociales), il apparaît qu'une telle harmonisation de l'action menée par les différents ministres compétents au niveau communautaire et fédéral n'ait pas été réalisée. La Conférence interministérielle s'est réunie une seule fois seulement. La Chambre des Représentants a voté une **résolution** insistant sur la nécessité de la création d'une « **Cellule Drogue** » comprenant des représentants de tous les départements fédéraux et autres départements compétents.

En ce qui concerne la **prévention**, la situation a cependant profondément changé. Toutefois, vu l'absence d'une politique univoque, différentes initiatives aux objectifs propres et spécifiques sont prises indépendamment les unes des autres. Une structure de coordination claire a été conçue en **Communauté flamande** qui doit garantir la collaboration et l'harmonisation entre les divers niveaux de prévention mais il n'y a pas de mandat formel pour réaliser l'harmonisation visée. Depuis le nouveau décret sur la promotion de la santé publique, il n'existe plus en **Communauté française** de coordination officielle en ce qui concerne la prévention sur le plan communautaire. La coordination a lieu au niveau local, de manière décentralisée, par les centres de santé locaux.

La communication fait toujours défaut entre les **intervenants judiciaires qui orientent les toxicomanes et les services d'assistance généraux et catégoriels**. L'offre d'assistance reste très mal connue.

À l'heure actuelle, différents groupes de travail réunissent divers acteurs du secteur autour de la table mais ils ne disposent souvent d'aucun pouvoir de décision. Si une concertation existe sur le terrain et si, dans certains cas, un résultat constructif est atteint, le mérite en revient principalement à quelques fortes personnalités et non pas à des initiatives structurelles. Il n'y a toujours pas d'inventaire des structures de concertation existantes.

3.1.3. Harmonisation politique horizontale

Il faut noter que certaines villes ont entrepris de développer la **concertation de manière constructive** et ce tant au niveau de l'élaboration d'un plan de politique qu'en ce qui concerne l'harmonisation des acteurs concernés dans le domaine de l'assistance et de la prévention. En tête de liste, il y a la ville d'Anvers avec la « *Stedelijk Overleg Drugs* » (SODA). Mais les villes de Genk (« *Limburgs Luik Drugsplan* »), Gand (« *Stuurgroep Drugbeleid* »), Bruges (« *Drugoverlegplatform Brugge* »), Alost (« *Regionaal Drugoverlegplatform* »), Charleroi (Coordination drogues), Liège (Coordination des actions en toxicomanie), Malines (« *Drugpreventieplatform Mechelen* ») développent également une politique locale associant tous les partenaires. L'élaboration d'une politique locale en matière de drogues et d'un Plan stratégique Drogues s'inscrit parfaitement dans la philosophie des recommandations du groupe de travail parlementaire Drogue et mérite le soutien de toutes les autorités concernées. Il faut que la politique **accorde un soutien réel** à ces initiatives.

3.1.4. Financement

Il y a toujours **une grande diversité pour ce qui est des sources de financement**. Des projets en matière de Drogues sont subventionnés par les Affaires sociales (INAMI), la Santé publique, l'Intérieur (les contrats de sécurité et de société) et les gouvernements fédérés.

Cette diversité n'est pas favorable à la **clarté**. Une tentative de clarification de la question de savoir qui finance quoi nous apprend que les résultats de la recherche commandée par les SSTC et qui porte sur la politique à l'égard

des drogues illégales, les services impliqués, les coûts et la population de consommateurs de drogues concernée » sont attendus avec impatience. Cette recherche ne démarrera qu'en 2001. L'aperçu ci-après est par conséquent rudimentaire et incomplète, et certains chiffres sont peu fiables. Un enregistrement uniforme et de qualité est requis d'urgence. Nous pouvons toutefois affirmer, avec un degré de probabilité proche de la certitude, que l'INAMI est, comme l'on pouvait le prévoir, la principale source de financement.

FINANCEMENT DE L'ASSISTANCE AUX TOXICOMANES : APERÇU GLOBAL

Hôpitaux psychiatriques, sections psychiatriques des hôpitaux généraux, maisons de soins psychiatriques et formule Habition protégée (chiffres 1998 : troubles liés à la toxicomanie comme diagnostic principal)
total : 2 735 000 432 francs belges

— Sections psychiatriques des hôpitaux généraux :
total : 665 805 954 francs belges (= 12 814 traitements x 10 journées d'hospitalisation x 5 511 francs belges (prix de journée))

— Hôpitaux psychiatriques :
total : 1 866 225 582 francs belges (= 15 552 traitements x 27 journées d'hospitalisation x 4 453 francs belges (prix de journée))

— Maisons de soins psychiatriques :
total : 122 355 896 francs belges (= 152 traitements x 247 journées d'hospitalisation x 3 259 francs belges (prix de journée))

— Habitations protégées :
total : 80 613 000 francs belges (= 568 traitements x 175 journées d'entretien x 811 francs belges (prix de journée))

Conventions INAMI (chiffres pour 1999)
total : 908 892 600 francs belges

— 659 250 102 francs belges pour l'accueil en institution (8 centres d'intervention de crise et 14 communautés thérapeutiques)
— 249 642 498 francs belges pour les centres ambulatoires (8 MASS et 6 centres de jour)

Les centres résidentiels ont traité 1 134 patients, les centres ambulatoires 3 248 (dont 2 672 dans les MASS); 477 patients ont été traités tant en institution que de manière ambulatoire en 1999.

Généralistes
total : inconnu

Plan global (chiffres 2000)
total : 314 669 400 francs belges

— 67 500 000 francs belges pour les contrats drogues et les volets drogues des contrats de prévention (16 en Flandre, 12 en Wallonie et 1 à Bruxelles)
— 247 169 400 francs belges pour les volets drogues des contrats de sécurité et de société (11 en Flandre, 5 en Wallonie et 6 à Bruxelles)

Communauté flamande (chiffres 2000)
total : 92 600 000 francs belges

77 600 000 francs belges : coordination VAD et commande de projets
15 000 000 de francs belges : plates-formes de prévention provinciales (6 x 2 500 000)

SPP (chiffres 1999)
total : inconnu (budget total pour toutes les missions : 104 800 000 francs belges)

Communauté française (chiffres 2000)
total : 50 millions de francs belges

Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (chiffres 2000)
total : 20 millions de francs belges + un montant inconnu

20 millions de francs belges : conventions CGC concernant l'harmonisation régionale (alcool et autres drogues)
1,27 milliard de francs belges : budget global agréments CGC dont 10 travailleurs de prévention

Région wallonne (chiffres 2000)
total : 50 millions de francs belges

Région Bruxelles-Capitale
total : inconnu

Reitox : (épidémiologie européenne, chiffres 2000)
total : 12 293 000 francs belges

Dont :
2 127 000 francs belges pour l'Observatoire européen
10 166 000 francs belges pour les Communautés

Commission Communautaire française
Total : inconnu

Communauté germanophone (chiffres 2000)
total : 6 900 000 francs belges

- ASL (*Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung* / asbl prévention primaire de drogues) : 3,7 millions de francs belges
- SPZ (*Sozial-Psychologisches Zentrum* / centre de santé mentale, prévention secondaire) : 2,8 millions de francs belges
- *Mondorfer Gruppe* /Groupe de travail Mondorf de la région Sarre-Lor-Lux : 0,4 million de francs belges

Commission Communautaire commune (chiffres 2000)
Total : 6 475 000 francs belges (*Concertation Toxicomanie Bruxelles — Overleg Druggebruik Brussel*)

Nous ne disposons pas de chiffres concernant le financement d'autres types de soins aux toxicomanes (CPAS, centres de consultation pour les jeunes, centres de travail social général, aide à la jeunesse, provinces, communes, Fonds d'Impulsion sociale, ... et bien d'autres).

Nous n'avons pas non plus de chiffres en notre possession en ce qui concerne le coût de la réaction pénale à l'usage des drogues (police et justice).

Conséquence des **modes de financement à court terme** (tels les contrats de sécurité et de société, qui doivent être évalués annuellement) : aucune vision n'est développée à long terme, il n'y a pas de continuité et ces projets n'offrent pas d'emplois attractifs. En outre, **différents critères d'évaluation** sont d'application pour les **différents financements**.

Les fonds sont principalement répartis entre les **villes**. En partie à juste titre, puisque c'est là que les plus gros problèmes se posent et, en partie, à tort car il ne faut pas négliger les régions non urbaines, surtout en matière de dissuasion et de prévention.

3.2. ÉVALUATION /ÉPIDÉMIOLOGIE

Peu d'initiatives d'études (qui sont conformes aux recommandations du groupe de travail parlementaire) sont prises qui permettraient de se faire une idée précise de l'usage de **drogues illégales**. Nous pouvons toutefois mentionner d'une part, une thèse de doctorat (*KU Leuven*) sur les consommateurs de cocaïne dans la région anversoise qui répond surtout à l'exigence d'une approche qualitative et, d'autre part, une étude sur la santé des jeunes, réalisée pour la Flandre par l'Université de Gand (Département Santé sociale) et pour la Wallonie par l'ULB. Cette dernière étude qui s'enquiert notamment de la consommation de drogues légales et illégales est répétée à intervalles réguliers et s'inscrit dans le cadre d'une étude internationale « *Health Behaviour in Schoolaged Children* », effectuée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est certain que de telles initiatives doivent être encouragées.

En Belgique, l'IHE, l'Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie (devenu l'ISSP, Institut Scientifique de la Santé publique) a été désigné comme **point focal pour l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)**. En pratique, ce sont les Sous-Points focaux qui se chargent de la collecte des données épidémiologiques existantes (le VAD — *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen* — pour la Flandre, le CCAD — Comité de concertation Alcool et Drogues — pour la Communauté française remplacé à présent par Eurotox, le CTB-ODB — Concertation Toxicomanie Bruxelles / *Overleg Druggebruik Brussel* — pour Bruxelles et l'ASL — *Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung* — pour la partie germanophone du pays).

Le financement de ces recherches se fait plutôt sur une base *ad hoc*, par une multitude d'instances (des ministères, des universités, des initiatives locales) et le plus souvent par des institutions non gouvernementales. Les études portent souvent sur une courte durée et ont une valeur scientifique variable.

Au niveau de l'enregistrement de **la consommation de drogues problématique**, quelques initiatives méritent d'être mentionnées qui visent la réalisation d'un enregistrement uniforme dans le cadre de l'assistance.

Par analogie avec le RPM (**Résumé psychiatrique minimum**), le système d'enregistrement des hôpitaux psychiatriques en Belgique, un formulaire d'enregistrement spécifique est mis au point pour les consommateurs de drogues, qui permettra d'enregistrer des données relatives aux patients lors de l'admission, pendant le séjour hospitalier et à la sortie de l'hôpital, le **Résumé minimal Toxicomanie** — (RMT); il deviendrait ainsi possible d'évaluer les effets du traitement. Il faut tenir compte à cet égard de l'annulation de l'AR concernant le RPM par le Conseil d'État.

Le VAD coordonne le « *Vlaamse Registratie Middelengebruik* (VRM, l'enregistrement de la consommation de drogues en Flandre, enregistrement des personnes qui fréquentent les structures d'assistance), un projet qui est issu de la note Drogues de Mme Demeester. Il tente d'intégrer les systèmes d'enregistrement existants des groupes d'équipements existants dans le nouveau système à l'aide d'une série de variables du VAD. Le but de ce système intégré d'enregistrement est de mieux connaître les caractéristiques de la population traitée dans le secteur de l'assistance. Ce système a démarré en 1996. Les données disponibles vont jusqu'en 1998. À ce jour, tous les équipements ne participent pas à cet enregistrement uniforme.

D'autres systèmes d'enregistrement sont Adibru (Bruxelles), Fiche Commune du CCAD (Communauté française) et Ginger (projets de prévention flamands).

Au **niveau local** il y a notamment l'étude en cours de SODA (*Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen*) qui développe un enregistrement uniforme pour quatre organismes qui accordent une aide aux toxicomanes dans la ville d'Anvers.

La **mise en commun** des données épidémiologiques au niveau national a pris un retard considérable. Les tentatives d'**enregistrement uniforme** n'en sont encore qu'au stade des balbutiements.

3.3. PRÉVENTION, SENSIBILISATION ET RÉDUCTION DES RISQUES

3.3.1. Données générales

Au niveau national et international, nous constatons **que les préoccupations portent surtout sur les drogues illégales**, cela alors que la consommation de drogues légales occasionne encore toujours bien plus de problèmes de santé et de bien-être que la consommation de drogues illégales.

La Belgique compte 28 % de **fumeurs** quotidiens ou 2 % de plus qu'en 1998. En mai 2000, une nouvelle **campagne contre le tabagisme** a été organisée via les pharmaciens : les personnes qui cessaient de fumer pouvaient gagner un voyage au Kenya ou une somme d'argent considérable. Cette campagne était organisée par l'Association Pharmaceutique Belge et l'Organisation Mondiale de la Santé, avec le soutien de l'industrie pharmaceutique.

La consommation d'alcool est en baisse depuis 1985 et s'élevait à 8,9 litres d'alcool pur par Belge en 1997. Les Belges occupent ainsi la treizième place au hit parade mondial des grands buveurs. En 1997, 8 % des Belges consommaient **quotidiennement** de l'alcool; 17,7 % des Belges buvaient en 1997 au moins une fois par mois **six verres ou plus d'alcool en un jour** (ce que l'Organisation Mondiale de la Santé qualifie d'abus d'alcool).

La professionnalisation de la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues est apparue clairement dans le courant des années nonante mais nous constatons toujours les mêmes pierres d'achoppement, notamment une attention surtout ciblée sur la prévention de l'usage de drogues illégales et sur les jeunes; des problèmes liés à l'évaluation de l'efficacité des différentes stratégies de prévention; des problèmes de coordination au niveau de la politique; et un manque de stabilité et de continuité pour les intervenants dans le domaine de la prévention. Différentes initiatives ont été prises au niveau fédéral, communautaire, provincial et local. **Les principes du fonctionnement** des activités préventives sont basés sur des modèles issus de l'assistance catégorielle aux alcooliques et autres toxicomanes, de l'éducation à la santé et de l'aide sociale. Ces courants ont été synthétisés dans le travail de prévention de la VAD (*Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen*) qui a finalement abouti à un texte datant de 1990 qui propose une approche globale : le principe de l'intermédiaire comme groupe cible du travail de prévention, l'autonomie de l'individu, la participation du groupe cible et l'approche planifiée occupent une place centrale. Une évolution analogue s'est produite dans la partie francophone du pays, et plus précisément au sein du CCAD (Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues) — remplacé à présent par Eurotox.

La prévention primaire (éviter les problèmes dus à l'usage de drogues) est encore toujours prépondérante alors qu'une attention moins prononcée est accordée à **la prévention secondaire** (le dépistage précoce et l'accompagnement des personnes présentant un risque accru de problèmes dus à l'usage de la drogue).

La poursuite du développement du travail de l'éducateur de rue est une évolution à signaler dans le cadre de la prévention secondaire qui s'adresse à certains **groupes à risque** comme les jeunes dans certains quartiers marginalisés. Les éducateurs de rue attachés aux centres de jour spécialisés sont de plus en plus souvent regroupés sous une compétence municipale ce qui se fait souvent au détriment de la spécialisation. En 1995 déjà, le Plan d'Action Toxicomanie-Drogues proposait un programme de lutte contre la consommation récréative de drogues (légal ou illégal). À l'exception d'un projet lancé par le SPPP (Secrétariat permanent à la politique de prévention) en 1997 et de quelques projets de travail de rue existants, les initiatives sont rares dans ce domaine. Le projet du SPPP n'a d'ailleurs pas été poursuivi étant donné que le programme, tel qu'il avait été proposé, ne s'est pas avéré être l'approche la plus adéquate.

Le développement des initiatives de **réduction des risques** est, dans une large mesure, resté limité à la création des Maisons d'Accueil socio-sanitaires pour les consommateurs de drogues (MASS). La réduction des risques a cependant sa place à tous les échelons de l'assistance (du niveau de l'éducateur de rue à la communauté thérapeutique).

3.3.2. Jeunes

Certains services d'assistance aux toxicomanes constatent que **l'âge auquel débute la consommation de drogues** est en baisse. Les jeunes auraient leur premier contact avec les drogues illégales à l'âge de 13 ans, parfois même 11 ans.

La politique en matière de la drogue à l'égard des jeunes est principalement axée sur **la prévention**. La prévention est organisée, d'une part, par **les communautés**, d'autre part, par le biais des **contrats de sécurité et de société**. Dans ce contexte, l'on élabore ou adapte des règlements scolaires, des accords avec la police et le parquet et la formation pour les conseillers pour les jeunes (*peer education*).

Pour ce qui est de la **lutte contre la consommation précoce**, nous constatons que la plupart des initiatives de prévention sont ciblées sur la dissuasion des jeunes. Les actions préventives visant les **adultes** sont trop peu nombreuses. En Belgique, la plupart des actions subventionnées concernent (outre l'aide aux adultes), la **prévention dans l'enseignement secondaire**. Des projets de prévention pour l'enseignement primaire existent depuis des années, mais ne bénéficieraient pas toujours d'un appui suffisant.

3.3.3. Médicaments psychoactifs

La consommation des **médicaments psychoactifs**, tant par des jeunes que par des adultes, mérite davantage d'attention. La production de ces substances (incitants, calmants, somnifères) ne diminue pas. L'implémentation de la recommandation du groupe de travail Drogues — la réduction de la production des médicaments psychotropes jusqu'à leur plus-value pour la santé publique — est restée **lettre-morte** jusqu'à présent. En l'occurrence, un certain nombre d'initiatives ont été prises en vue de la réduction des abus (par exemple pour le Rohypnol : la simple possession sans ordonnance est punissable, les dosages élevés sont défendus et l'addition d'un colorant est obligatoire). La publicité commerciale pour les médicaments psychoactifs est limitée et, de plus, strictement réglementée.

3.3.4. Smart drugs

En Belgique, la population n'a pas encore été suffisamment informée sur les effets des **smart drugs**. L'arrêté royal du 29 août 1997 relatif à la fabrication et au commerce de denrées alimentaires composées ou contenant des plantes ou préparations de plantes interdit l'utilisation d'un certain nombre de plantes (souvent utilisées pour la fabrication des smart drugs) en raison des sérieux effets nocifs qu'elles peuvent avoir sur la santé des consommateurs. **L'Inspection générale des Denrées alimentaires** effectue des contrôles sporadiques. Les fonctionnaires de **l'Inspection générale de la Pharmacie** sont, eux aussi, chargés du contrôle du respect des dispositions de l'arrêté royal. **La recherche menée aux Pays-Bas** révèle que les smart drugs sont souvent consommés par les consommateurs de drogues illicites. Le **nombre de points de vente** des smart drugs semble avoir **baissé**.

3.3.5. Influence des drogues légales et illégales sur le comportement au volant

Les campagnes consacrées à l'influence des drogues sur le comportement au volant sont surtout ciblées sur la consommation d'alcool. En témoignent les campagnes « VODKA » et « BOB ». C'est surtout le concept « BOB » qui semble produire des effets.

La loi du 16 mars 1999 modifiant la loi relative à la police de la circulation routière est entrée en vigueur le 9 avril 1999. Cette loi pénalise le conducteur ayant consommé du cannabis, des amphétamines et des amphétamines de synthèse, de la morphine et de la cocaïne. Ces dispositions légales restent cependant sans effet si elles ne sont pas mises en pratique et c'est précisément cette concrétisation sur le terrain qui est sujette à controverse. Des questions ont ainsi été formulées par le groupe de travail « *Middelengebruik en verkeersveiligheid* » au congrès national « *Drugbeleid 2000* » qui s'est déroulé du 26 au 27 octobre 1999 à Gand. Les effets de l'usage de drogues légales et illégales sur le comportement au volant doivent faire l'objet de **recherches** plus poussées. Il s'agit d'ailleurs là d'un thème stratégique important de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies. Signalons, dans ce contexte, le projet européen « ROSITA » (*Road Side Testing Assessment*) lancé en 1999, avec pour objectif l'évaluation critique et scientifiquement fondée de la consommation de drogues par les usagers de la route. Parallèlement à l'approche répressive, une attention grandissante doit être accordée à **l'approche préventive**.

3.4. ASSISTANCE, RÉDUCTION DES RISQUES ET RÉINSERTION

1.3.1. En général

Il faut prendre conscience du fait que **la consommation problématique** de drogues tant légales qu'illégales ne représente qu'un faible pourcentage de **la consommation** totale de la population.

En outre, il ne faut pas non plus passer sous silence le fait que la **polytoxicomanie** (produits légaux et illégaux) gagne du terrain. Il est essentiel que l'assistance et la prévention se concentrent sur cette consommation multiple. Pour cela, il faut aussi une étude approfondie du phénomène.

La différence entre la consommation et la consommation problématique est liée à un autre facteur déstabilisant; songeons par exemple à une personnalité à problème et/ou un environnement problématique. Il reste cependant extrêmement important que l'assistance et la prévention ne se soucient pas uniquement de la consommation mais ciblent leurs efforts, peut-être davantage encore, sur **l'ensemble de la problématique du toxicomane** sur le plan médical, psychologique et social.

La **capacité des services d'assistance** aux toxicomanes s'est étendue ces derniers temps dans notre pays. Outre l'extension d'initiatives existantes, de nouveaux projets ont été lancés, notamment pour les formules d'assistance à bas seuil (MASS). Cela a été rendu possible principalement par un financement supplémentaire par le secteur de la santé (l'INAMI) et via les contrats de sécurité et de société. La coordination des différentes initiatives reste difficile, notamment en raison de l'absence d'une politique globale en matière des drogues et de la disparité du financement.

La Belgique dispose donc d'**un large éventail d'équipements** aux différents échelons de l'assistance. La répartition entre ces échelons et sur le territoire du pays est assez inégale. L'assistance à bas seuil (comme le travail des éducateurs de rue et la réduction des risques) est toujours sous-représentée.

L'harmonisation parfois déficiente entre l'assistance ambulatoire et en institution reste un point épineux. Pour les problèmes aigus dans le domaine de la toxicomanie, il faudrait mettre en place d'urgence une capacité supplémentaire d'accueil de crise en institution.

L'attention accordée par différents acteurs concernés à la **concertation** entre les différents équipements que compte le secteur de l'assistance doit être encouragée et développée. Un **système cohérent** décrivant tous les équipements prêtant assistance aux toxicomanes n'existe pas encore au niveau fédéral.

L'intégration des structures d'assistance spécialisées dans le **réseau général** d'infrastructures sanitaires et sociales (surtout les CPAS, les CSM et des médecins généralistes) se déroule plus rapidement qu'auparavant dans la plupart des cas. L'on constate, en effet, que les services médicaux et sociaux généraux sont devenus plus accessibles aux toxicomanes, ce qui est une conséquence des nombreux programmes de formation et de recyclage mis en œuvre. De ce fait, l'abstinence (la désintoxication physique) n'est plus une condition pour obtenir un logement, une allocation ou une formation. Les différences régionales sont cependant importantes. C'est pourquoi le développement de réseaux doit rester au centre des préoccupations.

La collaboration entre l'assistance et la justice dans le cadre de l'aide aux clients de la justice reste un problème épineux. De plus en plus, les points de contact entre l'assistance aux toxicomanes et la justice semblent exister à tous les échelons. L'obligation de secret à laquelle sont tenus les intervenants du secteur de l'assistance (article 458 CP) dans l'interaction justice-assistance doit être précisée. À cet égard, les structures d'assistance formulent quelques points de départ : le client doit, à nouveau, être au centre des préoccupations (les mesures doivent davantage être imposées en concertation avec le client et son entourage); des directives claires doivent être élaborées pour les intervenants désignés dans le cadre des contrats de prévention et de sécurité; une distinction

claire doit être opérée entre les activités d'assistance dans l'optique sociale, d'une part, du point de vue de la sécurité de l'autre; des protocoles doivent enfin être rédigés précisant le contenu exact de l'information qui doit être communiquée aux instances judiciaires. Pareils **protocoles** ont, par exemple, déjà été élaboré par les *Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen Limburg (CAD)*, en concertation avec les services judiciaires locaux, afin de parvenir rapidement à une collaboration souple sans que l'obligation du secret professionnel des intervenants ne soit compromise.

L'on constate, auprès des services de police et de la justice, une prise de conscience accrue de l'insuffisance d'une intervention exclusivement pénale, surtout dans le cas d'une consommation problématique de drogues. La **philosophie de l'ultime recours** gagne du terrain même si elle ne fait pas encore l'unanimité et si c'est surtout dans les grandes villes que les responsables de la justice ont le plus souvent tendance à recourir au secteur de l'assistance.

Les **maisons de justice** jouent un **rôle de liaison** de plus en plus évident dans la relation entre la justice pénale et l'assistance aux toxicomanes. Mais, le réseau de maisons de justice ainsi que leur cadre opérationnel étant toujours limité actuellement, ces structures ne sont pas encore en état de concrétiser les recommandations du groupe de travail Drogues (à savoir un règlement rapide par la justice en cas de nuisances sociales dues à la drogue).

Les problèmes les plus épineux se posent dans le domaine de **l'assistance aux jeunes**. La **concertation est insuffisante et les différences sur le plan des méthodes et de l'approche clinique sont trop prononcées** au sein même des équipements d'assistance aux toxicomanes, d'une part, et entre l'assistance et les autres infrastructures pour les jeunes, d'autre part. Un **accompagnement intersectoriel pluridisciplinaire de parcours** se fait aussi cruellement défaut, mais cette constatation ne se vérifie pas uniquement pour la problématique de la drogue. Un **accompagnateur** devrait pouvoir suivre et accompagner un jeune et sa famille tout au long du parcours au travers des différents services de soins de santé.

L'accueil des jeunes dans les écoles s'est considérablement amélioré grâce aux projets de prévention décrits ci-avant (la sensibilisation ainsi que la mise au point de règlements scolaires et la stratégie suivie par les écoles). Mais des jeunes toxicomanes sont toujours exclus dans certaines **organisations non catégorielles** (écoles, internats, hôpitaux, etc.). Les réactions interviennent souvent trop rapidement et sont uniquement basées sur des signes extérieurs. L'on ne tente pas suffisamment de sonder les raisons sous-jacentes du comportement de ces jeunes. Si l'établissement ou l'organisation ne trouve pas de solution ou si elle a fait le tour des méthodes internes, ils font souvent trop rapidement appel aux centres d'accueil de toxicomanes. C'est ainsi que s'installent ou sont prolongées de véritables « carrières » en institution.

Ce ne sont pas seulement les organisations dites régulières qui refusent des jeunes qui ont un problème de drogue; les **institutions actives dans l'assistance en matière de drogue** utilisent également des critères pour décider de l'admission des jeunes. Lorsqu'il faut répondre à une demande d'aide (généralement en situation de crise), les jeunes victimes de problèmes de drogue se heurtent souvent à un mur. Il semble alors y avoir une liste d'attente car l'équipe doit tout d'abord examiner le cas ou alors le profil du jeune ne convient pas, ... Des jeunes et leurs parents se font trop souvent et trop longtemps renvoyer de Caïphe à Pilate. Le problème s'enlise et beaucoup d'occasions sont ratées qu'il faudra tenter de saisir à nouveau, plus tard, dans des circonstances bien plus défavorables. L'existence d'une **liste noire** est un problème crucial, pour les jeunes comme pour les adultes. Les services d'assistance refusent généralement les **jeunes délinquants ou les jeunes présentant un problème psychiatrique**. Ainsi se constitue un groupe qui risque d'être mis à l'écart partout.

Lorsqu'un traitement est, en fin de compte, tout de même nécessaire, on constate au sein des structures ambulatoires et résidentielles la nécessité de **travailler de manière spécifique avec les mineurs d'âge**. Il est, en effet, recommandé de séparer l'assistance aux mineurs de celle donnée aux adultes majeurs. Un premier centre résidentiel d'assistance pour mineurs toxicomanes a été agréé par la Communauté flamande le 1^{er} juin 1999. Dans le prolongement du traitement en institution, le **suivi** revêt une importance capitale et c'est précisément ce suivi qui n'est pas encore assez souvent garanti.

Les **Services d'Aide à la Jeunesse et les tribunaux de la jeunesse** sont sollicités pour trouver une solution immédiate. L'absence d'examen psychodiagnostique débouche souvent sur une décision d'orientation inadéquate et inefficace. Des jeunes toxicomanes aboutissent ainsi dans des équipements résidentiels comme par exemple les institutions communautaires. S'il n'y a pas de place dans ces institutions, ils se retrouvent en prison. D'autres jeunes atteints de syndromes psychiatriques propres à la jeunesse et pour lesquels l'usage de drogues fait office d'automédication sont envoyés dans des centres où la méthodologie appliquée est inadaptée. Déjà à ce stade, les services et intervenants qui entrent en action sont tellement nombreux qu'il devient très difficile d'accomplir un travail clinique efficace et en profondeur.

3.4.2. Réduction des risques

Ces dernières années, de nouvelles initiatives ont été prises dans le cadre de l'**assistance dite à bas seuil**. La réalisation la plus importante sur ce plan est la création des huit maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS), réparties sur l'ensemble du pays. Ces centres garantissent un accès général et sont composés d'équipes pluridisciplinaires; ils travaillent partiellement « *outreach* ». La nécessité d'une telle assistance à bas seuil ressort de la **charge de travail considérable** de plusieurs de ces centres. Une facette importante de leur action est la **distribution de produits de substitution** (surtout la méthadone), mais cette distribution est toujours associée à un accompagnement, psychologique et social. Ils exercent un contrôle sur la distribution de méthadone dans la région en coopérant avec les médecins et les pharmaciens. À l'heure actuelle, quatre universités **évaluent** ces centres; leur évaluation portera notamment sur l'intégration des centres dans le réseau régional de structures concernées. L'on attend pour février-mars 2001 une synthèse des résultats des études qui sera accompagnée de recommandations quant à la politique à mener.

En ce qui concerne le **traitement à la méthadone**, nous constatons, d'une part, **une attitude de plus en plus ouverte** de la part des médecins généralistes à l'égard de ce traitement, mais, d'autre part, l'absence de toute **réglementation légale** en la matière. À l'heure actuelle, il n'existe que les directives de la **conférence de consensus** de 1994 et une proposition de loi du 9 septembre 1999. Les directives de la conférence de consensus constituent une base purement scientifique de la distribution de méthadone. Bien qu'il n'y ait plus ou alors que très rarement des poursuites pénales pour le « maintien punissable d'une dépendance », la nécessité de disposer d'une sécurité juridique en la matière se fait tout de même sentir. Cela implique tant une législation de base générale qu'une réglementation légale de l'exécution pratique de la distribution de méthadone par les médecins généralistes, pharmaciens et centres compétents. **La collaboration** de médecins et de pharmaciens avec des centres spécialisés à bas seuil revêt une grande importance étant donné que le succès d'un traitement à la méthadone dépend souvent de la mesure dans laquelle ce traitement est encadré par un accompagnement psychosocial. Notons, en outre, que **l'enregistrement des traitements à la méthadone** n'a pas lieu partout et qu'il n'est certainement pas uniforme.

La modification de la loi régissant **l'échange de seringues**, prévue de manière explicite dans le Plan d'Action Toxicomanie-Drogues (1995) a finalement été réalisée. L'arrêté d'exécution a également été publié récemment. Les projets d'échange de seringues ne dépendent donc plus de la bonne volonté des autorités et instances locales. Les premiers jalons ont été posés en Flandre pour ce qui est des projets concrets d'échange de seringues. Nous mentionnons également un projet de prévention du SIDA qui s'adresse aux toxicomanes dans l'Eurégion auquel sont associés quatre organismes d'assistance de Liège, Aix-la-Chapelle, *Hasselt* et de la province néerlandaise *Zuid-Limburg*. De telles initiatives méritent d'être multipliées.

Pour ce qui est de l'optimisation de l'offre d'assistance à bas seuil, la discussion ne porte plus sur l'amélioration de l'offre par le développement de nouvelles initiatives, mais bien sur **l'extension et la reconnaissance de l'offre existante**.

Une spécialisation en fonction de **groupes cible spécifiques** s'est développée au sein des **structures de l'INAMI**. Ainsi, une section pour les femmes avec des enfants, un programme pour les jeunes et une section pour les toxicomanes présentant des troubles psychiatriques manifestes ont vu le jour. Une MASS oriente avec succès son action également sur les prostituées et les toxicomanes enceintes. Ce ne sont que quelques exemples de projets s'inscrivant dans la tendance actuelle qui sont réalisables si l'offre d'assistance est suffisante et si les responsables politiques le souhaitent explicitement.

Les récents développements dans le secteur de l'assistance aux toxicomanes créent également de **nouveaux besoins**. Pour les patients traités au moyen de doses élevées de méthadone, qui proviennent d'un programme de crise, **une prise en charge adaptée en institution** est requise. Les toxicomanes présentant, en outre, un syndrome psychiatrique (**double diagnostic**), trouvent difficilement leur place, que ce soit dans les équipements d'assistance aux toxicomanes ou dans les établissements psychiatriques. De plus, le nombre de projets de mise au travail pour les personnes dont la toxicomanie est stabilisée est insuffisant et les programmes spécifiques pour les détenus toxicomanes font défaut.

3.5. RÉPRESSION

3.5.1. Production et trafic de drogues

— *La production de drogues*

La **mondialisation** de la production de drogues légales et illégales se poursuit sans interruption. **De plus en plus de pays** se manifestent comme états producteurs. Cette situation rend les pays économiquement vulnérables proportionnellement **de plus en plus dépendants de la production et du commerce de drogues**. L'économie illégale affecte le tissu socioéconomique et **pervertit les institutions politiques, financières et sociales**.

La mondialisation favorise en outre **l'augmentation de la production**. Cette constatation s'applique sans nul doute aux **drogues synthétiques** qui ont connu, ces dernières années et à travers le monde, une croissance exponentielle, tant au niveau de l'offre que sur le plan de la demande.

Une autre constatation marquante est **la diversification croissante** de la production de drogues illégales dans de nombreux états producteurs. Le caractère de plus en plus lucratif ainsi que la multiplication des canaux par lesquels passe le trafic jouent apparemment un rôle activateur à cet égard.

L'augmentation de la production de drogues s'observe particulièrement dans **certaines régions caractérisées par l'instabilité politique, des problèmes socioéconomiques et un mauvais fonctionnement des instances judiciaires et policières**. De nombreux pays d'Europe centrale et de l'Est peuvent être mentionnés dans ce domaine. Compte tenu de la proximité du marché occidental, cette constatation est menaçante pour l'Union européenne, surtout à la lumière de l'élargissement projeté de cette dernière.

Le respect des conventions internationales qui prévoient un contrôle strict du commerce des **précurseurs** continue à **poser problème**. En outre, pour les **drogues synthétiques** pour lesquelles la demande est considérable, la fabrication n'est vraiment pas très compliquée. Des indications portent à croire que la production de produits stimulants proches des amphétamines est contrôlée, au sein de l'Union européenne, par des organisations criminelles. La Belgique n'échappe malheureusement pas à cette évolution.

Pour ce qui est des cultures de substitution, les résultats restent **très limités** d'un point de vue géographique. À court terme, on peut s'attendre à ce que l'impact structurel de la promotion des cultures de substitution reste réduit. Cependant, les Nations Unies (PNUCID) et l'Union européenne (Plan d'action 2000-2004) poursuivent cette stratégie. En ce qui concerne l'Union européenne, tous les instruments existants (notamment l'aide au développement, les instruments techniques, financiers et commerciaux) sont utilisés, au niveau bilatéral ou régional, pour aider et mettre sous pression les états producteurs et/ou les états actifs dans le trafic de la drogue dans le cadre de l'implémentation d'initiatives prises par les Nations Unies et l'Union européenne en matière de la lutte contre la drogue. La Belgique soutient la politique européenne en matière de drogue et donc le plan d'action de l'Union européenne.

— *Le trafic de drogues*

Les rapports annuels d'Interpol et d'Europol permettent de déduire les tendances suivantes en ce qui concerne le trafic de drogues **au niveau européen** :

— L'accroissement de la production de drogues illégales (opiacés, cocaïne, cannabis, drogues synthétiques) se traduit par une **augmentation proportionnelle du trafic de drogues**. **L'accroissement le plus important** concerne surtout **les drogues synthétiques** (ecstasy notamment), et ce tant au niveau de la demande qu'au niveau de l'offre.

— Le trafic de drogues illégales est contrôlé par des **organisations criminelles**. On remarque que la structure en cartel des organisations criminelles fait la place à des groupes *ad hoc*, composés de membres de diverses nationalités qui tissent des **réseaux** entre eux. Bien que de nombreuses organisations criminelles se spécialisent dans le trafic d'un certain type de drogues, il se développe, parallèlement à la polytoxicomanie, une augmentation du phénomène du « **polytrafic** ». À cet égard, le transport de plusieurs types de drogues illégales s'effectue par une filière déterminée. Au niveau européen, on constate que les organisations criminelles sont à la recherche des points faibles de la législation et du système pénal des pays de l'Union européenne.

En ce qui concerne **la Belgique**, les conclusions suivantes peuvent être formulées, fondées notamment sur le rapport annuel sur la criminalité organisée de 1998 :

— Sur un total de 285 **organisations** criminelles ayant fait l'objet d'une instruction ou d'une enquête judiciaire, 116 avaient comme activité principale le trafic et/ou la production de drogues.

— Il existe une certaine **répartition** dans le trafic/la production de drogues. Des groupes latino-américains, qui opèrent essentiellement à partir des Pays-Bas, contrôlent le marché de la cocaïne et partiellement celui du canna-

bis. Des groupes turcs sont à la tête du trafic de l'héroïne. Des organisations criminelles d'origine marocaine ont une forte emprise sur le marché du cannabis et les organisations nigérianes évoluent tant sur le marché de l'héroïne et de la cocaïne que sur celui du cannabis. Le marché des drogues synthétiques (tant aux Pays-Bas qu'en Belgique) est composé par des groupes criminels composés principalement d'autochtones. Le rapport d'Europol note que les organisations criminelles à caractère ethnique opèrent souvent au sein de leur communauté ethnique. Cette dernière sert souvent de couverture à leurs activités.

Le phénomène du tourisme de la drogue ou **narcotourisme** se poursuit. Malgré l'adaptation de la politique néerlandaise en matière de *coffee-shops*, dont l'objectif est de décourager le tourisme de la drogue, les consommateurs de drogues des pays voisins et de la France continuent à s'approvisionner aux Pays-Bas. À l'exception de l'accord de collaboration « *Hazeldonk* » conclu entre la Belgique, les Pays-Bas et la France, aucune politique harmonisée n'a encore été développée pour lutter de façon plus ou moins structurée contre le narcotourisme. Dans un certain nombre d'europées, une concertation a lieu entre les autorités provinciales, judiciaires et policières, mais il n'est pas vraiment question d'une approche systématique du narcotourisme. Des contrôles *ad hoc* ayant pour but de déconseiller le narcotourisme ont lieu, mais le succès de telles actions semble plutôt limité et tout au plus de nature à dissuader les narcotouristes occasionnels. Jusqu'à présent, il n'est pas question d'une politique en matière de la drogue transfrontalière intégrée en matière de drogue qui, outre sa dimension répressive, accorde une place à la prévention et à l'assistance — comme cela a été proposé dans les recommandations du groupe de travail Drogues.

Dans la plupart des grandes villes, où la probabilité d'être confronté à des nuisances liées à la drogue est la plus forte, **la concertation locale** en matière de drogue, entre tous les secteurs concernés, a été lancée et développée, dans une mesure variable. Certaines villes élaborent chaque année un plan politique en matière de la drogue. La recommandation visant à affiner **les moyens d'action du bourgmestre** en cas de perturbation de l'ordre public suite à des problèmes liés à la drogue a été intégrée dans la loi du 13 mai (introduisant les sanctions administratives communales). Cette loi modifiait notamment la loi communale. Dans son article 134^{quater}, la nouvelle loi communale donne au bourgmestre la compétence de fermer immédiatement un établissement (qui est la cause d'une perturbation de l'ordre public). D'un point de vue politique, il paraît souhaitable de réglementer explicitement un certain nombre de ces possibilités de prendre des mesures, ne fût-ce que pour aider les autorités administratives dans ce type de circonstances et de viser une certaine uniformité stratégique.

La Belgique a entre-temps ratifié les **traités et conventions d'entraide judiciaire** concernés portant sur l'entraide mineure, l'extradition, le transfert des poursuites et la transmission des jugements répressifs

3.5.2. Politique pénale à l'égard des consommateurs de drogues, de la criminalité liée à la drogue et à l'égard du trafic de drogues

— Introduction

En Belgique, **trop peu d'études scientifiques** sont consacrées à la criminalité et aux nuisances liées à la drogue. Les statistiques officielles ne donnent qu'une image partielle de la problématique. C'est la raison pour laquelle il est impossible d'avoir une idée même approximative de l'ampleur du problème.

On peut cependant déduire de diverses sources que la criminalité liée à la drogue **tend à augmenter**. À tous les échelons — enquête, instruction et poursuites, fixation et exécution des peines — on a observé au cours des dernières années une augmentation de la criminalité liée à la drogue.

Suite aux recommandations du groupe de travail parlementaire Drogues, le ministre de la Justice et le Collège des Procureurs généraux ont établi **la circulaire du 8 mai 1998 relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites**. Une **évaluation** de l'application de la circulaire nous apprend ce qui suit :

— Les parquets

La politique de poursuites s'appuie **sur deux piliers** : la nature du produit et l'ampleur de la consommation. Pour ce qui est de l'ampleur de la consommation, la directive s'appuie sur un **vaste cadre conceptuel** : « détention limitée en vue d'une consommation personnelle », « consommation unique », « consommation problématique » et « nuisance sociale ». Ces différents concepts visent une approche différenciée des différentes formes de consommation de drogues.

La directive reste **extrêmement vague** quant à la description des différentes catégories et laisse ainsi **un trop grand pouvoir d'appréciation** aux parquets. La conséquence étant que les parquets définissent différemment les concepts visés.

Pour ce qui est du concept « détention limitée en vue d'une consommation personnelle », les parquets utilisent des critères divergents qui varient d'un arrondissement à l'autre. Les principaux critères utilisés sont : la quantité, les résultats de l'enquête et la situation sociale et économique de la personne concernée. Les antécédents judiciaires sont pris en compte dans une moindre mesure. En ce qui concerne la quantité, les chiffres donnés pour le cannabis varient de 5 à 50 grammes.

Des critères similaires sont mis en œuvre en ce qui concerne « la consommation unique ».

On parle généralement de « consommation problématique » lorsqu'il y a persistance de la consommation, intégration socio-économique déficiente et présence d'autres infractions.

En ce qui concerne le concept « nuisance sociale », le critère le plus souvent utilisé est l'existence d'une criminalité liée à la drogue. Les autres critères sont extrêmement divergents, les plus importants étant l'ordre public et le caractère visible de la consommation.

Le concept « vente de drogues pour financer la consommation personnelle » prête lui aussi à confusion. Les critères les plus couramment mis en œuvre sont le profit réalisé et le résultat de l'instruction. D'autres critères sont le nombre d'acheteurs, les déclarations, le type de produit, les allées et venues à l'adresse de l'intéressé.

Le caractère vague de ce cadre conceptuel constitue le substrat d'une **approche fragmentée**. Chaque parquet interprète la directive en fonction de la politique qu'il mène. Il n'est donc en aucun cas question d'uniformité des poursuites. La particularité de la circulaire réside précisément dans le fait que, dans le cadre de la politique suivie, **tout est toujours possible**, du classement sans suite à la citation directe, et ce **quel que soit le produit**.

La **citation directe** est principalement utilisée en cas de consommation répétée ou lors de l'échec d'une modalité de règlement alternatif, essentiellement lorsqu'un traitement thérapeutique a échoué. De même, la plupart des parquets vont poursuivre dans le cas d'une criminalité liée à la drogue. Dans ce sens, la consommation de drogues est souvent considérée comme une circonstance aggravante pour les autres faits commis. Parfois la situation individuelle est prise en considération au travers d'enquêtes sociales et des modalités alternatives sont proposées. Ces dernières ne se situent pas tant au niveau des parquets mais concernent plutôt la mise en liberté sous conditions, la suspension ou le sursis probatoires.

Les parquets mènent une **politique différente à l'égard des consommateurs des produits dérivés du cannabis** qu'à l'encontre des consommateurs d'autres produits. Pour les consommateurs de cannabis, on a le plus souvent recours à la médiation pénale. Les consommateurs d'autres produits sont généralement poursuivis. Les principaux arguments justifiant cette approche différente sont le risque pour la santé, l'atteinte à l'ordre public et à la sécurité ainsi que le degré de dépendance.

Les affaires impliquant des **mineurs d'âge** sont transmises aux sections « jeunesse » des parquets. Généralement, les parents sont entendus et l'orientation vers le secteur de l'assistance est mieux suivie que dans le cas des adultes. La vente, la criminalité liée à la drogue et la dépendance font l'objet d'un renvoi devant le juge de la jeunesse.

La circulaire prévoit enfin la possibilité de déroger, de façon motivée, à ses dispositions. La dérogation la plus fréquente concerne le recours au **procès-verbal simplifié**, cette méthode de travail étant considérée comme gênante par de nombreux magistrats. D'autres exceptions sont justifiées par les parquets sur la base du manque de temps et de moyens, à côté de la nécessité de tenir compte des « particularités locales ».

— *Les modalités de règlement alternatives*

La transaction

Pour un certain nombre de consommateurs de drogues, la transaction n'offre que peu de perspectives étant donné que leur mode de vie ne leur laisse guère de moyens financiers.

En outre, l'effet de la transaction dans le sens d'une modification du comportement ou d'une sensibilisation est pratiquement nul chez les toxicomanes.

La probation prétorienne

Depuis l'introduction de la médiation pénale, pratiquement plus aucun parquet n'applique cette modalité si ce n'est de manière sporadique, en raison notamment de l'importante charge de travail qu'elle suscite. Le magistrat du parquet est tenu en effet de recevoir personnellement le coupable immédiatement après les faits et d'exposer la proposition.

Il est à noter que depuis l'introduction de la nouvelle circulaire sur la drogue, certains magistrats de parquet redécouvrent la probation prétorienne et ce parce que la médiation pénale n'est plus proposée comme possibilité de

règlement en cas de consommation simple (donc sans la criminalité y afférente). Pour la plupart des magistrats de parquet, la circulaire n'a apporté aucune modification sur ce plan, ce qui revient à dire que la médiation pénale est toujours appliquée à l'égard des toxicomanes qui se limitent à l'usage de drogues

La médiation pénale

La médiation pénale est relativement **peu appliquée** par pratiquement tous les parquets en ce qui concerne les infractions à la législation en matière de drogue et la criminalité liée à la drogue. On observe en outre encore souvent un « réflexe de prudence » qui conduit à ne pas appliquer la médiation pénale aux dossiers les plus lourds. La plupart des clients ayant déjà commis auparavant des faits criminels graves, ils entrent en contact avec l'assistance par le biais des **conditions de probation**. Le nombre de clients suivant un traitement dans le cadre d'une médiation pénale reste d'ailleurs en général relativement réduit par rapport au nombre total de toxicomanes.

Pour une grande majorité des magistrats les modalités d'application correcte de la circulaire ne sont **pas très claires**. De nombreux magistrats de parquet estiment que le recours à la médiation pénale pour des **délits liés exclusivement à la drogue** n'est pas conciliable avec la directive. En revanche, d'autres magistrats restent convaincus que la médiation pénale doit également pouvoir être appliquée à l'égard de délits liés exclusivement à la drogue.

La **sélection des dossiers** entrant en ligne de compte pour la médiation pénale n'est pas effectuée par les services de police mais bien par le ministère public. Les magistrats accordent toutefois l'intérêt nécessaire aux notes de service distinctes qui sont souvent jointes aux procès-verbaux. Celles-ci proposent une sélection des dossiers susceptibles de faire l'objet d'une médiation. Ce sont surtout les données relatives à **l'environnement social** du toxicomane qui sont considérées comme importantes pour pouvoir anticiper sur les chances de réussite d'une médiation.

Certains magistrats considèrent que l'introduction du **système des procès-verbaux simplifiés** implique que, pour déterminer le profil du toxicomane, il faudra s'appuyer davantage sur les déclarations de ce dernier alors qu'auparavant beaucoup de renseignements pouvaient être puisés dans les procès-verbaux.

Il n'y a pas d'unanimité sur la question de savoir si le **délai maximal des conditions** laisse suffisamment de possibilités pour régler les dossiers en matière de drogue. Cela s'explique par la diversité en présence lors de la sélection des personnes entrant en ligne de compte pour une médiation pénale. Dans les arrondissements où la médiation est également proposée pour des faits relativement graves, la plupart des magistrats de parquet estiment qu'un délai de plus de six mois est parfois souhaitable. Toutefois, si l'on réserve la médiation aux cas les moins graves, la durée de ce délai ne pose aucun problème notable. Le toxicomane peut toujours poursuivre sur une base volontaire un traitement entamé sous incitation judiciaire, ce qui est en pratique souvent le cas.

Même si le caractère **volontaire** est souvent cité parmi les avantages de la médiation, il convient de sérieusement relativiser cet aspect au vu du peu d'attrait qu'offre l'alternative (poursuites et/ou la privation de liberté). Dans cette optique on parle parfois d'**une contrainte implicite**. Cette situation de contrainte entraîne souvent une **diminution de la motivation** de la part du toxicomane. On souligne toutefois que c'est précisément la tâche des intervenants que d'infléchir l'attitude négative afin de la rendre positive. La motivation requise peut donc être générée progressivement au cours du traitement.

Il est frappant de constater que de nombreux toxicomanes **refusent** la médiation pénale sachant que les courtes peines de prison ne sont de toute façon pas exécutées. On déplore dès lors que l'accord de l'intéressé soit toujours requis et que la mesure alternative ne puisse pas tout simplement être imposée.

Certains toxicomanes ont admis une fois pour toutes les confrontations avec la justice comme faisant partie de leur **mode de vie**. Ils ne sont par conséquent pas vraiment motivés pour modifier ce mode de vie et arrêter la consommation de drogues.

Le nombre de contacts directs entre les intervenants et les magistrats des parquets est réduit, mais la présence d'un **assistant de médiation** comme intermédiaire est vécue comme positive.

Les toxicomanes auxquels le ministère public offre une proposition de médiation sont en général des **jeunes**. Pour la plupart d'entre eux, la consommation est **expérimentale ou sociale**. Il faut toutefois remarquer que ces toxicomanes ont souvent un **passé judiciaire varié** (il s'agit principalement de délits patrimoniaux et, dans une moindre mesure, d'agressions). La mesure proposée par le parquet n'est souvent pas adaptée au toxicomane visé.

— Les services de police

Les services de police belges ne sont pas compétents pour **classer sans suite** un fait punissable et encore moins pour y associer des conditions.

Pourtant, la technique dite de l'**avis thérapeutique** permet aux services de police, sous la surveillance du ministère public, d'orienter les intéressés vers le secteur de l'assistance.

Il ressort de la pratique que l'orientation immédiate par les services de police de délinquants toxicomanes vers l'assistance pose un certain nombre de **problèmes pratiques**. Les principaux étant le fait de **ne pas savoir** vers quel centre diriger les intéressés et le fait que les organismes d'assistance spécialisés ne disposent pas d'une **permanence**. Pour remédier à ces problèmes, le groupe de travail Drogues avait déjà suggéré la création de **centres de transit**, à savoir des centres de crise et d'accueil pour toxicomanes où l'on tenterait de trouver une solution aux problèmes graves de dépendance et où l'orientation vers les services d'assistance serait assurée.

En ce qui concerne l'**autonomie des services de police**, il faut essentiellement évoquer le système des procès-verbaux simplifiés, introduit par la circulaire. L'usage que l'on fait de cette modalité varie d'un service de police à l'autre. Tout dépend en fin de compte de l'existence ou non de directives spécifiques élaborées par les différents parquets généraux.

Les remarques négatives ont surtout trait à la perte de contrôle de la situation et à la perte de temps qui en découle. D'aucuns mettent aussi en doute la conformité avec la loi Franchimont. Les **réactions positives** portent principalement sur la facilité et la rapidité de lecture de ces PV.

Dans la pratique, ce sont les services de police qui interprètent en première instance les **concepts utilisés** dans la circulaire (« consommation problématique », « nuisance sociale », ...). Ils décident en fait si un procès-verbal simplifié est nécessaire ou non. Tout comme les parquets, ils appliquent **toute une série de critères** lors de la définition de ces concepts.

Les critères utilisés pour déterminer « la consommation problématique » ont principalement trait à une insertion sociale insuffisante et à une consommation régulière qui s'accompagne parfois mais pas toujours de faits criminels.

Les critères utilisés pour déterminer la « nuisance sociale » sont plus ou moins homogènes et concernent avant tout le côté visible de la consommation et la situation du consommateur. Ici aussi, l'existence d'autres délits commis dans ce cadre est considérée secondaire mais toutefois plus importante que dans le cadre de la consommation problématique.

Si l'on compare les modalités d'interprétation « globale » des deux concepts par les services de police et par les parquets, il apparaît clairement que les services de police se focalisent davantage sur l'**ordre public et la sécurité**, tandis que les parquets s'attachent plutôt à poursuivre les auteurs d'infractions.

De nombreux services de police s'interrogent sur le **message que veut faire passer la directive**. Une première tendance prétend qu'en raison de son manque de précision, la directive suscite, auprès des toxicomanes, un sentiment d'impunité et que la loi doit être appliquée. D'autres corps estiment que l'intervention des services policiers est suffisante en soi pour rappeler la norme. Enfin, certains se posent des questions face aux investissements relativement importants consentis par les services de police à l'égard d'infractions qui sont finalement jugées moins importantes.

— *La modalité de règlement alternative dans le cadre de la loi sur la détention provisoire : la mise en liberté conditionnelle*

La fréquence d'**application de la mise en liberté conditionnelle** varie très fort d'un arrondissement à l'autre et d'un juge d'instruction à l'autre. De manière générale, **les magistrats instructeurs sont familiarisés** avec cette modalité, mais la plupart des mises en liberté n'interviennent qu'au niveau de la Chambre du Conseil. Ce recours à la mise en liberté conditionnelle par le juge d'instruction est pourtant davantage garant d'une réaction adaptée et surtout suffisamment rapide à la situation (de crise) dans laquelle se trouve éventuellement le toxicomane. La plupart des avocats n'ont malheureusement pas le réflexe de demander la mise en liberté via le magistrat instructeur et attendent généralement l'avis de la Chambre du Conseil pour obtenir une libération.

En ce qui concerne **les conditions**, les juges d'instruction optent le plus souvent pour un **traitement** (de préférence résidentiel). Ce pour la bonne et simple raison qu'une mise en liberté conditionnelle ne peut être proposée qu'aux personnes entrant en ligne de compte pour une détention préventive qui ont, par conséquent, commis des faits relativement graves. À cet égard, les juges d'instruction estiment que le fait de ne pas toujours pouvoir trouver **dans les 24 heures** une institution appropriée pouvant héberger l'inculpé constitue un problème grave. Il est *a fortiori* pratiquement impossible dans ce délai de placer la personne concernée dans une institution résidentielle, d'autant plus qu'un **entretien préliminaire** est prérequis pour cette forme d'assistance. Étant donné qu'il n'est pas possible de trouver immédiatement une solution offrant suffisamment de garanties, on est souvent contraint de s'adresser **dans un premier temps à la prison**. Ce n'est qu'après une période de détention préventive que l'intéressé est transféré dans un centre d'assistance. Cette procédure est regrettable parce qu'elle ne permet pas d'utiliser au maximum le potentiel de la mise en liberté conditionnelle en tant que réaction immédiate à la situation de crise du toxicomane.

La suite réservée **au non-respect des conditions** de libération constitue un élément fondamental. À ce propos, il faudrait veiller à faire au moins comparaître le toxicomane qui n'a pas respecté les conditions, de sorte que l'intéressé puisse toujours s'attendre à une réaction du juge. Bien que de nombreux juges d'instruction essaient de réagir de la sorte, la surcharge de travail joue un rôle important dans les grands arrondissements.

Les conditions sont imposées pour une **durée** (renouvelable) de trois mois. Dans la pratique, ce délai est souvent prorogé, mais rarement plus de deux fois (hormis quelques arrondissements). Il faut néanmoins souligner que le toxicomane ne comparaît en règle générale devant le juge qu'après un délai assez long (un à deux ans). Celui crée un **vide** en matière de contrôle et d'accompagnement du toxicomane, entre l'expiration du délai de la mise en liberté conditionnelle et sa comparution, à l'occasion de laquelle il pourrait éventuellement se voir imposer une mesure de probation. Il est souligné que, dans certains cas, l'intéressé mène déjà un tout autre mode de vie, ce qui fait que l'imposition d'une peine éventuelle n'a plus beaucoup de sens. Si la situation du toxicomane ne s'est pas encore améliorée et qu'un traitement lui est imposé dans le cadre d'une mesure de probation, il n'y a cependant pas de corrélation avec le traitement dans le cadre de la mise en liberté conditionnelle. Cette **discontinuité** a des répercussions négatives sur le traitement du toxicomane.

La **collaboration avec les institutions d'assistance** varie d'un arrondissement à l'autre. Certains juges d'instruction entretiennent des contacts étroits avec le secteur, tandis que d'autres n'ont pratiquement aucune idée de l'offre d'assistance.

La plupart des institutions d'assistance avertissent immédiatement le juge d'instruction lorsqu'un toxicomane s'enfuit. D'autres **déclarations** semblent plus délicates. C'est ainsi que les résultats des analyses (internes) d'urine ne sont pratiquement jamais transmis et ce en raison du **secret professionnel**.

La première préoccupation lors de l'acceptation des conditions semble être **d'éviter la prison**. On constate cependant que la **motivation** du toxicomane, qui lui permet de réellement améliorer sa situation, **grandit** à mesure que progresse le traitement. Cette volonté du toxicomane doit cependant être rencontrée d'une manière correspondant aux critères de l'intéressé : les toxicomanes sont souvent disposés à infléchir l'aspect problématique de la dépendance, en d'autres mots d'arriver à un usage dit « contrôlé ». Les toxicomanes ne voient généralement aucune objection à poursuivre la consommation de **produits dérivés du cannabis**. Cette dernière constatation est générale et vaut donc également dans le contexte des autres modalités de règlement.

— La fixation de la peine

À côté de la clientèle plus âgée (principalement des consommateurs d'héroïne), **de nombreux jeunes** entrent actuellement en contact avec **les services de probation**. Dans leur cas, il s'agit souvent de consommation d'excitants (XTC, amphétamines, cocaïne, ...). Cette catégorie doit faire l'objet d'une approche différente. Ces jeunes considèrent en effet l'usage de ces produits comme « accepté par la société ».

Bien que la charge de travail se soit améliorée ces derniers temps, seuls les **toxicomanes problématiques** font l'objet d'un suivi permanent dans la plupart des arrondissements. **L'important laps de temps qui s'écoule entre les faits et le traitement effectif de l'affaire devant le tribunal** constitue un **problème majeur**. Le toxicomane peut effectivement avoir évolué entre-temps et l'assistance peut ne plus être indiquée après la condamnation. En outre, de nombreuses sentences ne sont pas exécutées immédiatement. Cela peut également avoir des conséquences néfastes pour la personne concernée.

Une certaine **concurrence** entre les différentes institutions d'assistance entraîne un risque réel de voir le secteur de l'assistance subir les **conséquences du « net-widening effect »** (le nombre de toxicomanes traité est supérieur à ce qu'il devrait être en réalité).

Dans presque toutes les institutions, les **bénéficiaires d'une mesure de probation (probationnaires)** constituent la plus grande partie de la population totale des clients de la justice. Il semblerait que la **relation avec la justice** se soit déjà nettement **améliorée**. La plupart des institutions d'assistance mentionnent l'existence d'accords réciproques qui portent sur l'obligation d'établir des rapports. Des réunions ont lieu régulièrement dans certains arrondissements, ce qui est favorable à l'entente entre les différents acteurs concernés.

Comparé à d'autres toxicomanes, les bénéficiaires d'une mesure de probation sont généralement un peu plus âgés. Il s'agit surtout de **consommateurs de drogues dures** ayant souvent de longs antécédents de toxicomanie et de confrontations avec la justice. Il est presque toujours question d'une **criminalité liée à la drogue**. Ces toxicomanes ont souvent déjà fréquenté un large éventail d'institutions d'assistance.

De nombreux toxicomanes sont **inquiets** quant au résultat final de **procédures judiciaires toujours en cours** ayant trait à d'autres faits. Beaucoup d'entre eux craignent de devoir encore purger une peine après le traitement. Le fait de devoir attendre parfois longtemps l'exécution d'une peine prononcée rend certains toxicomanes très insécurisés. Les frais de justice leur causent également bien des soucis. La confrontation avec ces peines ou ces

frais intervient souvent de manière inattendue (la plupart des consommateurs n'ont pas la moindre idée du nombre de procédures judiciaires en cours et, *a fortiori*, ne sont pas capables d'anticiper les frais de justice restant à payer). Il est donc important d'être correctement informé quant à l'état d'avancement des procédures. Même si les avocats jouent un rôle important dans ce domaine, il est également intéressant que les assistants de probation informent autant que possible les intéressés quant aux frais futurs éventuels.

Enfin, l'existence d'un **casier judiciaire** cause également des problèmes. Même si certains éprouvent peu de difficulté à trouver du travail par le biais d'une agence d'intérim, il est difficile de décrocher un emploi stable lorsque l'on possède un casier judiciaire.

3.5.3. Politique pénitentiaire

Le problème de la toxicomanie est **toujours aussi crucial** dans les prisons. Au cours des deux dernières années, le développement d'une politique pénitentiaire de lutte contre la drogue a été quelque peu reléguée au second plan en raison de l'attention prioritairement consacrée à la problématique de la délinquance sexuelle.

La politique pénitentiaire en matière de drogue est jusqu'à présent **principalement ciblée sur les drogues illégales**. Les **problèmes liés à l'alcool et aux médicaments** sont à peine évoqués.

4. POINTS D'ACTION

Au cours de la présente législature, le gouvernement prendra plusieurs initiatives qui cadrent dans une politique moderne en matière de la drogue moderne, basée sur les principes énumérés au chapitre 1^{er}. Les projets ont été groupés en cinq chapitres :

- Une approche intégrée et globale.
- Épidémiologie, évaluation et recherche.
- Prévention.
- Assistance, réduction des risques et réinsertion; et
- Répression.

4.1. UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE

4.1.1. Cellule politique en matière de Drogues (Cellule Droque) / Conférence interministérielle Politique en matière de Drogues

— Sommaire

Suite à la demande de la Chambre des représentants, du Parlement flamand, de l'Union européenne et du secteur de l'assistance, le gouvernement fédéral s'attellera en priorité à la création d'une **Cellule Droque** chargée d'étayer la politique menée.

L'**objectif** visé est la réalisation d'une politique globale et intégrée. La Cellule Droque sera ainsi composée de représentants de **toutes les autorités compétentes** (État fédéral, Communautés et régions). La direction de la Cellule Droque sera assurée par un(e) coordinat(eu)r(ice) en matière de drogues, compétent(e) pour coordonner la politique en matière de drogues. La Cellule Droque appuiera l'action et donnera des avis aux autorités concernées 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.

Les **objectifs** de la Cellule Droque tels que proposés par le gouvernement fédéral sont :

1. l'obtention d'un **relevé global** de tous les aspects de la problématique de la drogue;
2. la **prévention continue** de la toxicomanie et la **limitation des dommages** causés par celle-ci;
3. l'**optimisation de l'offre de soins et de traitement** proposée aux toxicomanes;
4. la **répression** de la production illégale et du trafic de drogues;

5. le développement de **plans stratégiques** concertés dans la perspective d'une politique globale et intégrée en matière de drogues.

Les **missions** de la Cellule Drogue telles que proposées par le gouvernement fédéral se présentent comme suit :

1. centraliser, compléter et mettre à jour un **inventaire** détaillé des **autorités et des services publics compétents** en matière de drogues, **ainsi que de la recherche y afférente**;

2. centraliser, compléter et mettre à jour l'**inventaire** détaillé des **institutions** agréées et/ou **subventionnées**, des organisations, organes, centres spécialisés, centres de recherche et universités dont l'action est axée sur un ou plusieurs aspects de la problématique de la drogue;

3. **proposer des mesures motivées** afin **d'harmoniser** les actions des services publics compétents et des autorités signataires de l'accord;

4. proposer des mesures motivées de nature à accroître l'**efficacité** de ces actions;

5. émettre des avis motivés et des recommandations au sujet de l'**harmonisation de la politique en matière de drogues**, soit de sa propre initiative, soit à la demande de la Conférence interministérielle Politique en matière de Drogues;

6. avec le soutien du **l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies** (voir point d'action : Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies), **évaluer** la qualité des **données et des informations** fournies à la Cellule par chaque autorité partie à l'accord et par chaque instance publique afin de pouvoir accomplir les missions telles que décrites ci-dessus;

7. proposer et préparer des **accords de coopération** afin d'atteindre des objectifs concrets et concertés. Ces objectifs seront évalués au moyen d'**indicateurs** concrets;

8. rédiger un **rapport politique** trisannuel (comme c'est le cas dans les pays voisins) ainsi qu'un **rapport d'activités** annuel (rapport annuel).

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.

Les **rapports** (le rapport politique et le rapport d'activités) **de la Cellule Drogue** sont envoyés à toute autorité signataire de l'accord (qui les transmet à son Parlement). Dans le cadre de la Conférence Interministérielle Politique en matière de Drogues, les parties à **évalueront** l'accord de collaboration et le fonctionnement de la Cellule Drogue.

Le gouvernement fédéral propose d'organiser la Cellule Drogue **au niveau fédéral** (elle relèvera de la compétence de la ministre de la Santé publique) et **d'en répartir le financement parmi les autorités signataires de l'accord**.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique au niveau fédéral est responsable (au niveau fédéral) de l'exécution de ce point d'action. Elle agit en concertation avec le ministre des Affaires sociales, le ministre de la Justice, le ministre de l'Intérieur, le ministre des Affaires étrangères, le ministre de l'Intégration sociale et le ministre chargé de la Politique des grandes villes. Le gouvernement fédéral négocie bien entendu avec les entités fédérées qui souhaitent participer.

— *Calendrier*

Pour le milieu de 2001, les ministres de la Santé (publique) du gouvernement fédéral et des entités fédérées signeront un accord de coopération en vue de la création d'une **Cellule Politique de Santé Drogue**. Cette Cellule a comme seuls objectif et compétence de s'atteler à la mise au point d'une politique de santé intégrée à l'égard de la problématique de la drogue. Elle est le premier pas sur la voie de la création de la Cellule générale Drogue qui abordera aussi les différents aspects stratégiques (notamment la justice, les affaires sociales, l'enseignement, le bien-être, ...). La dite Cellule étendue sera créée par le biais d'un accord de coopération qui devra être approuvé par le gouvernement fédéral et les entités fédérées ainsi que par les différents parlements. La concrétisation de cette initiative est prévue pour **la fin 2002**.

— *Budget estimé*

Cellule Politique de Santé Drogue : 7 millions de francs belges par an. Ce montant sera libéré par les ministres de la Santé (publique) signataires de l'accord, selon une clé de répartition semblable à celle utilisée pour le financement de l'enquête sur la santé.

Cellule générale Politique en matière de Drogues : le budget y afférent doit être prévu à partir de 2002. Les moyens nécessaires seront libérés par les autorités signataires de l'accord selon une clé de répartition semblable à celle utilisée pour le financement de l'enquête sur la santé.

Au cas où certaines autorités ne désireraient pas participer à l'initiative, les montants des parties contractantes seront revus.

4.1.2. Justice — Assistance : des accords clairs

— Sommaire

Le recours à l'assistance dans le cadre de la réaction de l'appareil judiciaire à la consommation problématique de drogues est de plus en plus considéré comme opportun, tant par l'appareil judiciaire que par le secteur de l'assistance. L'approche pénale a fait place à des éléments ciblés sur le traitement. L'apport de l'assistance peut comprendre les aspects suivants : accueil d'urgence, accueil de crise (orientation par la police, mise en liberté sous conditions), screening préventif (orientation par la police, avis thérapeutique), traitement/accompagnement en tant que condition (probation prétorienne, médiation pénale, mise en liberté sous conditions, internement, probation, libération conditionnelle), l'assistance externe (lors de la détention), la réinsertion sociale (après détention).

Un certain nombre de **critères secondaires** sont essentiels à ce propos.

Tout d'abord, l'assistance doit conserver le droit de **refuser des clients** même si l'alternative est la prison. Une communication et une collaboration minimales doivent rester garanties.

Ensuite, tant l'appareil judiciaire (pénal) que l'assistance exigent que l'on se mette d'accord sur des **arrangements clairs** et bien définis.

Il s'agit plus précisément d'aspects comme le **secret professionnel, le respect des programmes de traitement (finalité propre de l'assistance) et le statut de l'assistant** dans les contrats de sécurité et de société, les contrats de prévention, les contrats drogues et les mesures judiciaires alternatives.

Le gouvernement fédéral créera **un groupe de travail** comprenant des représentants de l'assistance et de la justice, qui se chargera de définir les possibilités et les limites pour les deux secteurs et qui formulera des propositions de directives afin de structurer la collaboration entre lesdits secteurs. Des **accords de collaboration locaux concrets** pourront être conclus sur l'initiative du groupe local de coordination Drogues. Ces accords de collaboration tiendront compte au maximum de la situation locale et des points de vue de chaque communauté. Les accords doivent partir du principe d'une collaboration constructive, dans le respect de la finalité et des caractéristiques spécifiques des parties concernées (l'assistance est articulée autour du client alors qu'au sein d'un processus judiciaire, l'intérêt de la société prime). La tâche des assistants de justice est de contrôler les conditions judiciaires.

Le groupe de travail accordera une attention particulière à la reconnaissance et à l'explicitation du **secret professionnel** existant (la portée de cette notion est interprétée différemment par les juges au pénal et le ministère public, d'une part, les organisations représentatives des acteurs de l'assistance, d'autre part) :

— Qui est tenu au secret professionnel et qui ne l'est pas ?

— Quelles sont les informations qui relèvent du secret professionnel et quelles sont celles qui ne le sont pas ?

Le groupe de travail formulera ensuite une proposition de **délimitation claire du terrain**.

Un problème ici est le fait que les intervenants ignorent souvent **les mesures pénales qui guettent encore les clients**. Par le passé, des thérapies ont été interrompues ou arrêtées parce que l'intéressé devait subir une peine privative de liberté. L'exécution tardive des peines peut mener à la démotivation du client. Il appartient, en tout premier lieu, au client de communiquer aussi exactement que possible et déjà lors de l'entretien préliminaire, quelles sont les mesures pénales prises à son égard qui doivent encore être exécutées. Un accord avec la justice sur une communication formelle minimale à propos de l'exécution de ces mesures et le calendrier y afférent améliorerait sensiblement l'efficacité de l'assistance (et de la pénalisation). Le groupe de travail se penchera également sur ce problème.

Afin de rationaliser les relations entre la justice et l'assistance, des case managers en matière de toxicomanie (coordinateurs des soins) seront désignés dans chaque maison de justice (voir aussi : la politique pénale — détention et commerce de détail). Ces coordinateurs de soins seront des assistants de justice qui se consacrent (en partie) à la problématique de la drogue. Ils auront reçu **une formation suffisante** (connaissance de l'assistance et de l'appareil judiciaire). Ils doivent pouvoir **informer** les magistrats du parquet et les services de police **sur les différentes formes d'assistance**. Les SSTC dresseront **l'inventaire de l'offre globale d'assistance** en matière de drogues. Les case managers judiciaires devront aussi être en mesure de donner des avis sur l'opportunité **de mesures d'incitation au traitement**. Il faut qu'ils disposent de suffisamment de moyens humains et matériels pour

pouvoir répondre rapidement aux questions des magistrats du parquet. Une **permanence** devra être mise en place dans chaque maison de justice, pendant les heures de bureau. Ces case managers judiciaires feront partie des groupes de coordination locaux Drogues et participeront au développement des circuits locaux de soins. Dans le 3^e alinéa de l'article 7 de la loi du 5 mars 1998 relative à la libération conditionnelle modifiant la loi du 9 avril 1930, les mots « à la commission » sont supprimés. Cela pour souligner le rôle central des case managers ou coordinateurs des soins judiciaires.

L'appareil judiciaire pénal demande davantage de clarté sur les possibilités **d'accueil de crise** des toxicomanes. Le **développement des circuits de soins régionaux** (voir également : organisation de l'offre des soins) permettra de **mettre en place des réseaux régionaux d'accueil de crise et d'urgence**.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Santé Publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle agit en concertation avec le ministre de l'Intérieur, le ministre de la Justice et le ministre de l'Intégration sociale.

Le ministre de la Justice est responsable de la définition précise des tâches et de la désignation des case-managers judiciaires.

— *Calendrier*

Le groupe de travail doit démarrer ses activités début 2001 et présenter son rapport final fin 2001. Les case managers judiciaires seront désignés pour la mi-2001.

L'exécution de ce point d'action doit être achevée en décembre 2001.

— *Budget estimé*

Les accords entre la justice et l'assistance pour ce qui est du secret professionnel, du respect des objectifs propres et du statut de certains assistants n'ont, en principe, pas d'implication budgétaire. Les case managers et les circuits de soins régionaux seront abordés plus loin dans la présente note.

4.1.3. **Le volet « drogues » du plan global (contrats avec les communes)**

— *Sommaire*

Le **gouvernement fédéral subventionne** actuellement **51 communes** pour un montant total de **320 millions de francs belges par an** pour **l'accueil des toxicomanes** (volet « drogues » du plan global). Ces fonds sont utilisés pour le financement des MASS, des centres d'accueil, de la coordination de la drogue, de la prévention, des centres de crise, etc. Sur les 51 communes qui bénéficient de subventions, il y a 22 villes qui ont inscrit un volet « drogues » dans leur contrat de sécurité et de société, 20 communes disposent d'un contrat visant un plan drogues en annexe du contrat de prévention et 9 communes ont uniquement un contrat concernant le plan drogues. Les projets qui sont ainsi financés fonctionnent en général plutôt bien.

La mise en œuvre de ces projets continue toutefois à poser **des problèmes** spécifiques.

En premier lieu, les éducateurs de rue, les travailleurs du secteur de la prévention et les autres intervenants payés selon cette formule continuent à fonctionner dans un **contexte ambigu**. Leur position envers leurs clients est parfois problématique. Leur tâche consiste effectivement à aider leurs clients à améliorer ou à stabiliser leur situation et non pas à prêter assistance aux services de police dans leur combat contre la criminalité. La réalité n'est pas toujours aussi évidente du fait du financement intégré des contrats (le contrat drogues est souvent intégré dans un contrat de sécurité). Dorénavant, les éducateurs de rue, les travailleurs du secteur de la prévention et autres intervenants **seront dotés d'une mission sans équivoque et d'un statut clair** dans le contrat conclu avec la commune.

Le fait que les intervenants, les travailleurs de prévention et les éducateurs de rue sont engagés par le biais de contrats d'un an pose problème. Le gouvernement fédéral étudiera de quelle manière ces recrutements pourraient se faire sous forme de **contrats à durée indéterminée** (ou tout au moins à long terme).

Un **second problème** est la **délimitation imprécise des tâches de prévention** entre les services de police et le secteur médico-psycho-social. Les organisations scientifiques internationales demandent qu'une distinction claire soit opérée, dans toutes les interventions et dans toutes les situations, entre la prévention de problèmes socio-sanitaires et la prévention de la criminalité. Le secteur médico-psycho-social est responsable de la prévention de

l'abus de drogues légales et illégales; les services de police sont responsables de la prévention de la criminalité (éventuellement liée à la drogue). Les services de police ont, de toute évidence, aussi une tâche répressive. Les services de police et le secteur de la prévention devront travailler dans le cadre d'un dialogue permanent et d'arrangements clairement convenus afin d'éviter l'incompatibilité de la stratégie appliquée.

Le **SPPP** gère la prévention de la criminalité liée à la drogue et est **explicitement responsable de la prévention et de la lutte contre les nuisances sociales**. Les exemples étrangers nous apprennent qu'une approche décentralisée du phénomène des nuisances sociales, assortie d'un soutien national, fournit de très bons résultats.

Une concrétisation de cette nouvelle politique confiée au SPPP implique qu'il puisse développer les actions suivantes :

- dresser la carte de la problématique au niveau local;
- lancer une étude des expériences de lutte contre le phénomène à l'étranger;
- organiser une concertation avec les instances compétentes;
- exécuter les points d'action via une campagne nationale (tenant compte des priorités locales);
- développer des méthodes d'évaluation et des instruments de soutien.

De plus, les activités actuellement réalisées par le SPPP devront être maintenues voire renforcées. Il s'agit :

— de l'évaluation des contrats (sur la base de visites régulières aux projets et via la rédaction de rapports d'évaluation)

— du soutien aux projets (sur la base de formations, en tenant compte des demandes locales, ainsi que d'une réaction rapide aux nouvelles tendances).

Troisièmement, la **coordination** avec d'autres initiatives est souvent **insuffisante** (initiatives des l'autorités fédérales, des communautés et des régions, des provinces ou des communes). Pour pallier ce manque d'harmonisation, les travailleurs de santé financés par le volet « drogues » du plan global participeront dorénavant (par le biais d'une obligation contractuelle) **à la politique de prévention et de santé de leur communauté et de leur région ou de l'État fédéral**. Au cas où ils seraient détachés par la commune qui a conclu le contrat, le détachement ne visera que des **services de santé et sociaux existants**. Ensuite, l'affectation des moyens disponibles dans le cadre du plan drogues et destinés à **l'assistance** sera confiée à la ministre de la Santé publique, en concertation avec le ministre de l'Intérieur, ainsi que les communautés et les régions. Le ministre de l'Intérieur répartit les moyens destinés à **la prévention et à la coordination locale** provenant du volet « drogues » du plan global, en concertation avec la ministre de la Santé publique, les communautés et les régions. La **Commission nationale d'Évaluation et d'Accompagnement est supprimée. La Cellule politique Drogue reprend ses missions qui consistent à :**

— évaluer les projets de conventions proposés par les communes et communiquer un avis motivé sur chacun de ces projets au ministre de l'Intérieur et à la ministre de la Santé publique;

— veiller à l'exécution des conventions conclues;

— veiller à ce que le programme défini dans la convention soit parfaitement intégré dans les autres programmes déjà appliqués dans des domaines similaires.

Les mesures précitées doivent contribuer à neutraliser les effets secondaires des **contrats d'un an**, à donner un **meilleur encadrement** aux travailleurs socio-sanitaires et à simplifier et améliorer leurs **formation et recyclage (organisés par les communautés)**.

— *Ministre responsable*

Le ministre de l'Intérieur est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il négocie avec les communautés et se consulte avec la ministre de la Santé publique, le ministre des Affaires sociales et le ministre de L'Intégration sociale.

— *Calendrier*

La réforme telle que décrite ci-dessus doit être achevée fin 2002.

— *Budget estimé*

La délimitation des tâches dans le domaine de la prévention des toxicomanies entre les services de police et le secteur de la prévention a des conséquences budgétaires pour l'autorité fédérale et pour les communautés. Le ministre de l'Intérieur négociera avec les communautés.

La nouvelle tâche du SPPP (appuyer l'approche locale des nuisances sociales liées à la drogue) nécessite également des investissements qui feront l'objet de discussions dans le cadre du contrôle budgétaire.

4.1.4. Politique internationale en matière de drogues

— Sommaire

La Belgique continuera à s'intégrer dans la **politique européenne en matière de drogues**. Notre pays ne participera pas seulement aux programmes européens dans la mesure du possible (par exemple pour le suivi et autres traitements post-cures) mais plaidera, en outre, à chaque occasion qui lui est offerte, pour la poursuite du développement de la **coopération européenne**. L'objectif est d'arriver à une politique novatrice, réaliste et intégrée, qui aborde globalement les aspects judiciaires, économiques, sociaux et sanitaires. Dans ce contexte, la production des substances légales doit également être traitée.

Une politique transfrontalière cohérente qui **harmonise autant que faire se peut les législations et pratiques internes** sur le plan de la drogue est souhaitable. La Belgique plaidera en faveur de la création d'un **système de monitoring européen** de la législation et des pratiques en matière de drogues et de toxicomanies, mis en place au sein de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies.

La **Cellule Droque** opérera donc, dans un contexte européen, comme « **coordinateur national** » (point 1.2.2 du Plan d'Action 2000-2004). La Cellule Droque participera aux activités du **groupe Pompidou** (Conseil de l'Europe) et des différentes **organisations des Nations Unies**. L'**Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies** travaillera en contact étroit avec l'**Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies** (point 1.2.3. du plan d'Action 2000-2004).

La présente note politique s'inscrit dans le prolongement du **Plan d'Action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (2000-2004)** et des **recommandations du groupe Pompidou du Conseil de l'Europe**. La Belgique continuera à participer activement aux réunions du **groupe Pompidou**. La Belgique adoptera dorénavant, comme promis au directeur du **PNUCID**, une **attitude plus active** au sein des organes des Nations Unies dont les activités sont consacrées aux drogues et présentera à terme les résultats de l'expérience qu'elle aura acquise en matière de « **réduction de la demande** » et « **réduction des risques** ».

— Ministre responsable

Le ministre des Affaires étrangères est responsable de l'exécution de ce point d'action. D'autres ministres qui participent régulièrement aux réunions internationales traitant de cette thématique sont le ministre de la Justice, le ministre de l'Intérieur et la ministre de la Santé publique (qui est responsable pour la Cellule Politique des Drogues).

4.2. ÉPIDÉMIOLOGIE / ÉVALUATION / RECHERCHE

4.2.1. Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies

— Sommaire

Un **enregistrement uniforme des données relatives au traitement clinique** est indispensable, au même titre que l'inventaire de la recherche épidémiologique existante et la collecte de ses résultats. Les « **angles morts** » doivent être identifiés et de **nouvelles études**, plus ciblées, doivent être initiées. C'est la raison pour laquelle le gouvernement fédéral souhaite faire progressivement du Point Focal national un **Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies**, relevant de la compétence de la Cellule Droque.

La Cellule Droques chargera l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies d'étudier notamment les **effets des différentes décisions politiques** et les comparera entre eux. La Cellule Droque proposera des adaptations de la politique menée sur la base de ces chiffres.

De cette manière, il est non seulement possible de mettre à niveau l'épidémiologie déficitaire mais notre pays peut aussi remplir ses **obligations européennes**. L'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies sera chargé de l'implémentation **des indicateurs standardisés européens** (de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies). Pour 2000, il s'agit des aspects suivants : la consommation de drogues de la population en général, la prévalence de la consommation de drogues problématique, le besoin de prise en charge, la mortalité et la morbidité infectieuse. À partir de 2001, le nombre de ces indicateurs sera porté à 29. Même si un grand nombre

de données sont enregistrées dans le secteur tant de la prévention que de l'assistance, cet enregistrement ne se fait pas de manière uniforme et est effectué à des fins différentes.

Nous ne disposons pas encore, dans notre pays, de suffisamment de **données relatives aux traitements cliniques**. À l'heure actuelle, les communautés mettent au point de tels systèmes d'enregistrement qui devront être appliqués dans l'ensemble du secteur des soins. Au cours des trois années écoulées, la Communauté flamande a consacré plus de 16 millions de francs belges au développement du VAD (*Vlaamse Registratie Middelengebruik*) qui est responsable du système.

Les **tâches** de l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies sont les suivantes :

— l'installation, le développement et l'entretien d'un **réseau de communication** entre les partenaires concernés par le problème de la toxicomanie (améliorer la notoriété et la visibilité de l'Observatoire belge);

— la collecte, l'analyse, la synthèse et la diffusion des **données** relatives à la drogue et à la toxicomanie, ainsi que l'amélioration qualitative et quantitative de ces opérations (des données chiffrées concernant la consommation de drogues dans l'ensemble de la population qui compléteront celles rassemblées au niveau communautaire);

— la collecte, la diffusion et la valorisation des **connaissances** dans toutes les disciplines concernées par la problématique de la drogue et de la toxicomanie (en collaboration avec les organisations responsables au niveau communautaire);

— le développement de l'expertise et la promotion de la **recherche épidémiologique** sur ce terrain (en concertation avec les organisations de coordination existantes);

— la concrétisation des engagements contractés par la Belgique envers l'**Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies**.

— L'**Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies** harmonisera l'enregistrement (sur la base des variables et définitions européennes) afin que les chiffres puissent être utilisés sur le plan fédéral et européen. Un code unique évitera les doubles emplois sans compromettre pour autant l'anonymat. Le code unique sera défini au départ d'une série de données d'identité mais l'opération inverse (retrouver l'identité au départ du code) ne sera pas réalisable.

Ces tâches ne peuvent être exécutées qu'en concertation étroite avec les **communautés**. La **collaboration actuelle au sein du Belgian Information Reïtox Network (BIRN)** (entre le point focal et les 4 points sous-focaux, à savoir le VAD, CCAD, ASL et CTB-ODB) est **maintenue**.

Le gouvernement fédéral intégrera dans son **Enquête sur la santé** de 2001 un **module consacré à la consommation de drogues et de stupéfiants**, afin d'obtenir un aperçu de la consommation de ces substances dans l'ensemble de la population. Les questions seront basées sur le protocole de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies.

Une attention doit être accordée, sur le plan tant de l'épidémiologie que de l'évaluation, aux **variables et différences spécifiques entre les sexes**. Cet aspect n'a pas été suffisamment pris en considération auparavant, ce qui pourrait avoir involontairement **tronqué** l'image de la problématique de la drogue. Il semble, de plus, que les femmes aient, par comparaison avec les hommes, moins souvent recours **au secteur des soins**. Des études relatives aux causes de cette discordance (probablement aggrandissante) font défaut.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle négocie avec les Communautés et se concerta avec le ministre des Affaires sociales.

— *Calendrier*

L'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies sera créé en concertation avec les communautés et les régions, sur avis de la commission Drogues (si elle est déjà opérationnelle).

— Budget estimé

En ce qui concerne la création de l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies, une étude de faisabilité est en cours pour le moment. Cette étude de faisabilité donnera une estimation des frais qu'entraînera le fonctionnement de l'Observatoire à 34 millions de francs belges pour 2001, 32 millions de francs belges pour 2002 et 29,5 millions de francs belges pour 2003. 2 millions de francs belges seront versés chaque année par l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies. Le gouvernement fédéral conclura un accord avec les communautés sur le financement du montant restant. En ce moment, les communautés financent seules le point focal national.

Les montants cités sont basés sur l'estimation suivante :

Budget en francs belges (x 1 000)			
Mission	2001	2002	2003
Coordination	2 216	2 216	2 216
Réseau et communication	2 998	2 548	2 548
Prévalence de l'usage de drogues dans la population	1 333	1 446	0
Indicateur de la demande de traitement	3 302	2 739	2 739
Prévention locale de la consommation problématique	1 783	1 783	1 333
Prévalence nationale de la consommation problématique	3 358	1 671	1 671
Incidence de la consommation problématique	1 108	1 108	1 108
Mortalité	2 036	2 711	2 036
Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	1 108	1 108	1 108
Analyse des produits en circulation	1 851	1 851	1 671
TOTAL	21 094	19 181	16 431
REITOX	12 431	12 319	12 319

4.2.2. **Système d'Alerte précoce (« early warning »)**

— *Sommaire*

La mise au point d'un « **système d'alerte précoce** » pour les nouvelles drogues synthétiques est en cours depuis décembre 1997. Le point focal national, les points sous-focaux et divers laboratoires collaborent afin d'**identifier** les nouvelles drogues et d'établir le profil de leur consommation. Cette information est **distribuée** aux participants et transmise à un certain nombre de partenaires.

La transformation du point focal national en un Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies permettra de **perfectionner** ce système d'alerte précoce (davantage de laboratoires et d'informations socio-culturelles). Au niveau fédéral, le système sera essentiellement **limité** aux obligations européennes. Ce n'est donc pas le gouvernement fédéral qui fera développer les systèmes d'analyse « on site » (où des usagers pourraient faire tester des drogues synthétiques, comme cela se pratique au festival de rock et de danse à Dour).

Les résultats d'analyses de produits effectués régulièrement (des produits fournis tant par la justice que par les acteurs sur le terrain) et l'inventaire de nouvelles tendances dans la consommation seront communiqués à l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies, au secteur de prévention, au secteur de l'assistance, à un certain nombre de services (supra)nationaux de justice et de police et (dans la mesure du possible) aux consommateurs de drogues. L'information sera également transmise aux responsables des différents numéros d'appel téléphoniques (permanence d'information téléphonique, centre anti-poison, ...).

Le système a récemment permis la découverte et la diffusion de l'existence d'une variété d'XTC dangereuse à très haute dose de principe actif. Le **4-MTA** a également été identifié par le biais de ce système.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action.

— *Calendrier*

Le calendrier coïncide avec le timing prévu pour la création de l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies qui dirigera le système d'alerte précoce.

— *Budget estimé*

Voir aussi : Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies. Les laboratoires seront payés pour les prestations fournies dans ce contexte. La ministre de la Santé publique élaborera un règlement en matière d'indemnisation.

4.2.3. Évaluation des méthodes de traitement, équipements et circuits de soins

— Sommaire

Outre les études épidémiologiques, le secteur réclame aussi une évaluation uniforme, permanente et scientifique des **méthodes de traitement et de prévention**. La Cellule Drogue jouera un rôle d'initiateur et moteur à cet égard. Certes, des recherches sont effectuées en Belgique, mais elles sont trop dispersées et la rétroaction des résultats sur la pratique est insuffisante (même si un tel *feed-back* pourrait améliorer la qualité).

Les soins aux toxicomanes, et en particulier les soins en institution, sont **très coûteux** (voir encadré). Il est important que les toxicomanes qui cherchent une aide puissent recevoir une **assistance et un accompagnement aussi efficaces que possible**. Le gouvernement fédéral chargera les SSTC de faire réaliser une ou plusieurs **études d'évaluation** sur l'efficacité (résultats) de l'assistance aux toxicomanes. Une telle évaluation ne peut être réalisée que via une étude longitudinale. Tous les équipements et acteurs pertinents doivent être repris (hôpitaux, structures catégorielles, Centres de santé mentale, médecins, ...).

En outre, les SSTC feront réaliser une recherche sur l'organisation des soins aux toxicomanes (voir aussi point d'action suivant). Le cadre des concepts de réseaux et de circuits de soins introduits dans le contexte de l'assistance aux toxicomanes (voir : organisation de l'offre des soins) peut servir de cadre de référence.

— Ministre responsable

Le ministre de la Politique scientifique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il se consulte avec le ministre des Affaires sociales et la ministre de la Santé publique.

— Calendrier

Commande de l'étude : juillet 2001

— Budget estimé

16,5 millions de francs belges seront inscrits au budget des SSTC pour financer la recherche sur l'efficacité des soins en matière de drogue (y compris son organisation).

4.2.4. Évaluation des MASS

— Sommaire

Une **évaluation** des MASS et des réseaux qu'elles ont constitués est en cours depuis le 1^{er} juillet 1999 sous l'égide des **Services fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles (SSTC)**. La recherche se poursuivra jusqu'au 30 juin 2001. Dès à présent, il est établi que les MASS peuvent offrir une prise en charge de qualité aux consommateurs de drogues marginalisés et à problèmes. Les tâches des MASS sont les suivantes :

1. *d'un point de vue médical* : améliorer la qualité de vie du toxicomane en apportant une réponse à ses besoins en matière de traitement et en réduisant les dommages causés à sa santé par la consommation de drogues;
2. *d'un point de vue social* : assurer la réinsertion sociale du toxicomane (gestion des dettes, gestion du revenu, logement, couverture sociale, accompagnement professionnel);
3. *du point de vue de la motivation* : motiver le toxicomane afin de l'amener à participer aux programmes ciblés sur une vie sans drogues.

L'INAMI rembourse les frais exposés par les MASS plus ou moins **par patient**. On applique ici un plafond (par exemple : 150 patients / semaine). Un certain nombre de MASS ont cependant **un nombre de patients** supérieur au plafond. L'enquête d'évaluation indiquera si ce système de financement doit être **revu**.

Il est essentiel que les MASS s'intègrent dans le réseau local et prennent une position bien définie dans le réseau régional de soins.

Le besoin de disposer d'accords de coopération précis entre les MASS et d'autres structures ambulatoires et résidentielles se fait sentir.

Le gouvernement fédéral **adaptera, le cas échéant, sa politique** sur la base de l'étude d'évaluation.

— *Ministre responsable*

Le ministre des Affaires sociales est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il négocie avec la ministre de la Santé publique et le ministre de l'Intérieur.

— *Calendrier*

Ce point d'action sera concrétisé à partir du 1^{er} octobre 2001.

— *Budget estimé*

Le gouvernement fédéral attend les résultats de la recherche SSTC pour prendre une décision sur une extension/réorientation possible des moyens affectés aux MASS.

4.3. PRÉVENTION

Les communautés ont une compétence importante en matière de prévention. Une note politique qui plaide pour une approche intégrée et globale ne se conçoit toutefois pas sans ce chapitre. La note politique n'engage actuellement que **le gouvernement fédéral**. Il y aura des négociations avec les communautés. **Le gouvernement fédéral demande aux communautés de poursuivre leurs efforts en matière de prévention et reconnaît leur compétence autonome dans ce domaine.**

4.3.1. Médicaments psychoactifs

— *Sommaire*

Bien que la demande de traitement provienne de plus en plus de toxicomanes masculins, il s'avère que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à tenter de trouver une solution à **une dépendance aux médicaments**. Les centres spécialisés et les médecins généralistes doivent prendre conscience de ce phénomène. La dépendance par rapport aux médicaments n'a pas reçu une attention suffisante de la part de la recherche scientifique. Ce problème présente une gravité quantitative et qualitative suffisante. Il s'agit effectivement d'une dépendance grave qui, en Belgique, fait nettement plus de victimes que dans d'autres pays européens. Outre la souffrance individuelle, cette forme de dépendance susciterait aussi des dommages économiques en raison de la baisse de productivité et de l'absentéisme qu'elle provoque.

Ce point d'action comprend **des mesures stratégiques spécifiquement ciblées sur les médicaments psychoactifs**.

La ministre de la Santé publique réexaminera **l'enregistrement des benzodiazépines et des amphétamines** en concertation avec les partenaires européens, à la lumière de la plus-value thérapeutique de ces substances. En concertation avec les partenaires européens, **des avertissements supplémentaires** seront mentionnés sur les emballages et dans les notices des benzodiazépines (voir point d'action : conduire sous l'influence de certains produits). Le Conseil Supérieur d'Hygiène organisera, en collaboration avec les universités, médecins et pharmaciens, une **conférence de consensus** au sujet de la prescription des benzodiazépines. Une **campagne de prévention** sera également lancée afin d'attirer l'attention de la population sur les dangers des benzodiazépines (parmi lesquels les risques dans la circulation).

Le **comportement** des médecins pour ce qui est de la prescription de produits engendrant une dépendance, sera accompagné et suivi par les Groupes d'évaluation médicale (GLEM) et les commissions médicales provinciales, sur le plan préventif et répressif. Les commissions médicales provinciales peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, retirer le visa d'un médecin ou le renvoyer devant l'Ordre des Médecins et même devant la justice.

Le gouvernement fédéral examinera également le rôle que **Pharmanet** peut jouer à cet égard et plus particulièrement, si une extension de Pharmanet aux médicaments non remboursés est indiquée. Une confrontation avec les chiffres de Pharmanet (comparaison avec le comportement de collègues médecins en matière de prescription) suffit pour « corriger » le comportement d'un médecin individuel.

L'Inspection de la Pharmacie jouera aussi un rôle dans cette problématique (loi du 4 février 2000).

Le gouvernement fédéral prendra des mesures afin de réduire l'influence de l'industrie pharmaceutique sur le comportement prescripteur des médecins et prendra des initiatives concrètes en vue de limiter la publicité pour les

médicaments à des informations scientifiques et objectives. **Les visites aux médecins** effectuées par **des visiteurs indépendants** et organisées par le Centre belge d'Information Pharmacothérapeutique, seront maintenues. Les **dossiers de promotion de l'expertise** établis par le Centre belge d'Information Pharmacothérapeutique qui peuvent être utilisés par les GLEM, seront complétés et diffusés sur une plus grande échelle. La distribution d'**échantillons aux médecins** sera sensiblement réduite pour les benzodiazépines. Pour ce qui est des amphétamines et autres stupéfiants, la distribution d'échantillons aux médecins est interdite depuis longtemps.

Les vols de **cartons d'ordonnances** (vierges) (et de cachets nominatifs) chez les médecins sont nombreux, le but étant d'obtenir des stupéfiants. Il y a même un trafic illégal de ces cartons et de stupéfiants délivrés. La plateforme de concertation fédérale « sécurité des médecins », présidée par le SPPP, développera le concept des **prescriptions en double exemplaire et numérotées**. Le gouvernement fédéral **mettra en place** un système national de prescriptions en double exemplaire et numérotées pour les stupéfiants sur la base de cette concertation.

Le gouvernement fédéral organisera une **concertation** sur les mesures mentionnées ci-dessus avec les organisations représentatives des médecins, les syndicats de pharmaciens et l'industrie pharmaceutique. **La cellule Médicaments**, créée par le ministre des Affaires sociales et la ministre de la Santé publique, sera responsable de la coordination des mesures mentionnées ci-avant.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle se concerta avec le ministre des Affaires sociales, le ministre de l'Économie et le ministre de l'Intérieur.

— *Calendrier*

Ce point d'action est actuellement en cours d'élaboration. La conférence de consensus « benzodiazépines » aura lieu à la mi-2001. Le suivi du comportement prescripteur et la campagne de prévention seront mis au point début 2001.

— *Budget estimé*

20 millions de francs belges seront inscrits au budget de la ministre de la Santé publique.

4.3.2. **Conduire sous l'influence de l'alcool, de drogues et de médicaments**

— *Sommaire*

La dissuasion de la conduite sous l'influence de drogues légales ou illégales prendra la forme de **tests de dépistage de drogues** sur les conducteurs.

La conduite sous l'influence de drogues illégales et de médicaments a été rendue explicitement punissable par la loi du 16 mars 1999 et par l'arrêté royal d'exécution du 4 juin 1999. Le ministre de la Justice a, entre-temps et en collaboration avec la ministre de la Mobilité et des Transports, préparé des circulaires et directives à l'intention des services de police et du ministère public.

Le(s) ministre(s) a (ont) tenu compte des principes suivants :

1. **une campagne de sensibilisation ou d'information** (organisée par l'Institut belge pour la Sécurité routière) informe préventivement l'utilisateur de la route sur l'existence de la loi (et les raisons de son existence), ainsi que sur les droits et devoirs y afférents;

2. l'application de la loi du 16 mars 1999 sera **évaluée** annuellement; afin de permettre cette évaluation, un **système d'enregistrement** sera développé;

3. la loi a pour objectif d'accroître la **sécurité de la circulation** et non de s'attaquer à la consommation de drogues ou de viser, voire discriminer certains groupes (d'âge);

4. les prélèvements d'urine ou de sang ne sont justifiés qu'après observation de **signes extérieurs clairs** (par le biais d'une batterie de tests standardisée); les policiers sont entraînés à la reconnaissance de ces signes extérieurs;

5. l'objectif consistera à fixer des **valeurs limites claires**;

6. un large éventail de **peines alternatives** adéquates est mis en place.

Le gouvernement fédéral développera, le cas échéant, en concertation avec les partenaires européens, des mesures spécifiques pour lutter contre **la conduite de véhicules sous l'influence de médicaments**. Ces mesures spécifiques comprennent :

1. l'apposition d'un **avertissement sur l'emballage** des médicaments concernés (on songe à un autocollant représentant une voiture, au centre d'un signal d'interdiction rouge, collé sur l'emballage par le pharmacien délivrant le médicament qui donnerait, en même temps, quelques explications au client sur le danger que représente la conduite sous l'influence des substances visées);
2. **l'adaptation de la notice**; et
3. la sensibilisation des médecins prescripteurs.

La **formation des policiers** qui effectuent les alcootests attirera également l'attention sur le problème évoqué.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Justice est responsable de la réalisation de ce point d'action. Il se consulte avec le ministre de la Mobilité et des Transports. La ministre de la Santé publique est chargée de la partie de l'action qui a trait à l'emballage et à la notice des médicaments ainsi qu'à la sensibilisation des médecins. Le ministre de l'Intérieur est responsable de la partie relative à la formation des policiers.

— *Calendrier*

Arrêté d'exécution : 1^{er} décembre 2000

Conduite sous l'influence de médicaments : 1^{er} janvier 2002

— *Budget estimé*

Les crédits relatifs aux mesures concernant les médicaments psychoactifs est inscrit au budget du ministre des Affaires sociales (voir : médicaments psychoactifs).

4.3.3. **Tabac et alcool**

— *Sommaire*

La prévention du tabagisme et de l'alcoolisme s'impose. Le gouvernement fédéral veillera à ce que **la Cellule Drogue et la Conférence interministérielle Politique en matière de Drogues** accordent suffisamment d'attention à ces produits. Ce point d'action ne comprend que **les mesures politiques pour des produits spécifiques**, c'est-à-dire des mesures politiques spécifiquement orientées vers un produit bien déterminé (tabac ou alcool).

Tabac

Afin d'être efficace, la législation doit réguler tant **l'offre** (modalités de vente, prix, publicité) que **l'utilisation** (dans des endroits publics, à l'école, au travail, ...) **du tabac**. Des initiatives légales doivent être complétées par des **campagnes de sensibilisation**. Un certain nombre de mesures visant à réduire la consommation du tabac relèvent de la compétence du gouvernement fédéral.

La question de la **publicité pour les produits du tabac** et ses dérivés est réglementée par la Loi Vanvelthoven, annulée en partie par la Cour d'Arbitrage dans son arrêt du 30 septembre 1999 (GP Formule 1 à Francorchamps).

Les transports publics sont, dans une large mesure, « non-fumeurs ». Cette matière est régie par l'arrêté royal du 15 septembre 1976. Il est interdit de fumer dans les trams, bus et avions. Il y a encore quelques places prévues pour fumeurs dans les trains et elles sont toujours séparées des « non-fumeurs ». Cette matière relève de la compétence de la ministre de la Mobilité et des Transports. Étant donné les nombreuses plaintes, la possibilité et l'opportunité d'une interdiction totale de fumer sont examinées. Il suffit peut-être de réduire le nombre de compartiments pour fumeurs dans les trains.

Dans le secteur horeca, le problème du tabagisme porte, d'une part, sur l'aération et d'autre part, sur la délimitation des zones fumeurs. Aujourd'hui, le secteur respecte beaucoup mieux la réglementation relative aux systèmes d'aspiration de fumée et aux zones d'interdiction de fumer qu'en 1999. L'amélioration des résultats résulte certainement de l'annonce d'une politique plus sévère et de l'attention accordée au problème par les médias. Étant donné qu'il faut sans cesse améliorer les résultats et que des plaintes continuent à pleuvoir, les actions de contrôle de

l'inspection des Denrées alimentaires doivent être régulièrement répétées. Dans le cadre d'une action de contrôle intégrée, la réglementation sur le tabac sera à nouveau contrôlée en automne.

Le gouvernement fédéral négociera avec les communautés afin d'arriver à une amélioration du comportement des fumeurs **dans les écoles**. La législation sur le tabagisme dans l'environnement scolaire doit être complétée par **une politique active de prévention**. Chaque réseau scolaire devrait développer une politique contraignante contre le tabagisme pouvant être intégrée dans le règlement scolaire général. L'interdiction totale de fumer offre une protection maximale contre le tabagisme passif et constituerait une base idéale pour la promotion d'un style de vie sans tabac. Il ne faut surtout pas cesser de souligner l'importance de la fonction d'exemple des professeurs.

Des **additifs** qui augmentent la dépendance sont actuellement ajoutés aux cigarettes. La possibilité d'interdire une telle pratique doit être examinée.

La vente des produits du tabac rapporte, chaque année, au gouvernement 68 milliards de francs belges d'impôts. À cela, il faut opposer 50 décès par jour. Le gouvernement fédéral libérera, en concertation avec les entités fédérées, des moyens supplémentaires pour renforcer la lutte contre le tabac.

La politique anti-tabac sera développée dans une note politique de la ministre de la Santé publique.

Alcool

Le gouvernement fédéral demande aux communautés de prévoir suffisamment de place dans le programme scolaire pour apprendre aux adolescents **comment se comporter vis-à-vis de l'alcool** (voir aussi : développement de la prévention) et de développer **une prévention ciblée sur les familles et le lieu de travail**.

Le gouvernement fédéral exécutera les recommandations **du Plan d'Action européen Alcool 2000-2005**, pour autant que celles-ci soient compatibles avec la tradition, la culture et les opinions publiques en la matière.

Le problème de la dépendance à l'alcool recevra suffisamment d'attention lors de l'élaboration **des circuits de soins régionaux** et la définition des besoins en soins régionaux (voir également : organisation de l'offre de soins).

Le gouvernement fédéral demandera aux producteurs d'alcool belges de prendre position sur le document « *The Geneva Partnership on Alcohol : Towards a Global Charter* » qui a été élaboré par les producteurs internationaux d'alcool, en collaboration avec des scientifiques et des décideurs.

La ministre de la Santé publique vérifiera dans quelle mesure la **réglementation de la publicité pour l'alcool** doit être adaptée pour les nouvelles boissons mixtes (promues auprès des jeunes, les « *alcopops* ». Elle prendra en considération, à cet égard, les allégations trompeuses, l'obligation légale d'une offre séparée, les stands promotionnels lors de fêtes organisées pour les jeunes, les stratégies publicitaires spécifiques et les recommandations du Parlement européen. Elle se concertera avec les communautés.

Les services d'inspection compétents accorderont davantage d'importance à **l'arrêté-loi du 14 novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse et à la loi du 15 juillet 1960 sur la préservation morale de la jeunesse**. Ils s'attacheront tout particulièrement à l'âge minimum pour la distribution d'alcool et à la distribution d'alcool à des personnes ivres. Le droit pénal sera, ici aussi, l'ultime remède.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle négociera avec les gouvernements des entités fédérées qui ont de larges attributions dans ce domaine. Elle se concertera avec le ministre de l'Intérieur et le ministre de l'Économie.

— *Calendrier*

Les différentes mesures seront mises en œuvre dans le courant de la présente législation.

— *Budget estimé*

La ministre de la Santé publique libérera des crédits sur son budget pour prendre des mesures à l'encontre de la publicité pour le tabac, en concertation avec les communautés.

4.3.4. Développement de la prévention

— Sommaire

Les points de vue et actions des communautés seront le point de départ de toute politique de prévention.

Le gouvernement fédéral demandera aux communautés d'intégrer structurellement des initiations à la prévention dans **la formation des enseignants** et de libérer l'espace nécessaire dans les **programmes scolaires** (par exemple via le programme scolaire « clés de vie »). Dans les termes finaux de l'enseignement flamand (principalement à portée interdisciplinaire), ces thèmes ont déjà été intégrés dans le programme scolaire. Le gouvernement fédéral estime souhaitable que les actions de prévention de l'usage de drogues débutent dans l'enseignement primaire et se poursuivent dans l'enseignement supérieur. À ce dernier niveau, la prévention de l'usage d'alcool et de médicaments semble indiquée.

Le **développement** des initiatives de prévention existantes doit être poursuivi aux différents niveaux (il faudra les harmoniser dans la mesure du possible). Les initiatives de prévention doivent également être **soutenues et évaluées de façon scientifique** en accord avec les directives et les critères d'évaluation de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies à Lisbonne.

Parallèlement à **la prévention primaire**, orientée vers un public large ou vers des consommateurs potentiels, **la prévention secondaire et tertiaire** recevra aussi l'attention requise; ces deux échelons préventifs sont respectivement orientés vers la détection rapide de problèmes chez les consommateurs et vers la limitation des dégâts chez les consommateurs réguliers. La prévention doit, en outre, concerner **toutes les drogues**, légales et illégales. La prévention de proximité ou **au niveau communal** (où existe une collaboration entre les institutions d'enseignement, les soins de santé, l'assistance sociale, la justice, les organisations de loisirs, les employeurs et les syndicats) mérite d'être encouragée. Le gouvernement fédéral stimulera les communes pour qu'elles élaborent une politique locale.

La ministre de la Santé publique et le ministre de l'Intérieur **négozieront** avec les communautés et les régions. Ils concluront, en cas de besoin, des **accords-cadres** avec ces niveaux de pouvoir. La Cellule Drogue (voir *supra*) constituera, à cet égard, un forum adéquat pour une politique drogue intégrée et concertée. L'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies devra organiser/inventorier l'évaluation scientifique des projets de prévention au niveau national.

Le gouvernement fédéral attire l'attention des communautés sur l'existence du **Plan d'Action européen 2000-2004** qui plaide pour l'élaboration d'une **formation universitaire « soins aux toxicomanes »**. De plus, l'expertise relative à l'usage de drogues qui est dispensée dans la formation de base des travailleurs de santé (infirmiers, travailleurs sociaux, ...) doit être vaste. Le gouvernement fédéral demandera aux communautés d'accorder une attention suffisante à cette matière.

La Commission européenne **subventionne** des projets de prévention européens.

Le gouvernement fédéral accordera une importance accrue au problème des **soirées dansantes** illégales (les « **raves** » clandestins) qui sont organisées dans des endroits qui changent fréquemment, sont semi-secrètes et où la législation en vigueur ne serait pas respectée. Il y aurait ainsi des infractions à la législation environnementale, fiscale et sociale ainsi qu'à celle sur les droits d'auteur, de même que des infractions aux obligations administratives, ... Il en serait de même pour la législation sur l'alcool et la drogue. En raison du caractère semi-secret de ces initiatives, la prévention est difficile. Le gouvernement fédéral dressera l'inventaire de l'ampleur du problème et chargera la Cellule Drogue de l'élaboration d'un plan d'action concret.

— Ministres responsables

Le ministre de l'Intérieur est responsable (au niveau fédéral) de l'exécution de ce point d'action. Il se concertera avec la ministre de la Santé publique.

— Calendrier

Ce point d'action sera exécuté lorsque la Cellule Drogue sera opérationnelle.

— Budget estimé

Au niveau fédéral, ce point d'action ne crée provisoirement pas de surcoûts budgétaires.

4.4. PRISE EN CHARGE, RÉDUCTION DES RISQUES ET (RÉ)INSERTION

Les conventions et traités internationaux signés par la Belgique ne sont pas vraiment propices à une politique novatrice de l'assistance dans le domaine de la drogue. Une réaction réaliste à l'usage de cannabis et les initiatives de réduction des risques (échange de seringues, distribution contrôlée d'héroïne, possibilité de tester les drogues sur le terrain, *shooting rooms*, ...) ne sont pas prévues de façon explicite dans les dispositions des textes internationaux visés. En concertation avec d'autres pays européens défendant une approche comparable, le gouvernement fédéral plaidera pour une **renégociation des conventions des NU**. Il s'agit ici, en premier lieu, de la Convention unique du 30 mars 1961, de la Convention du 21 février 1971 et de la Convention du 20 décembre 1988.

4.4.1. Organisation de l'offre de soins

— Sommaire

Là où la prévention de l'abus de drogues ou de la toxicodépendance n'atteint pas son but, l'assistance doit prendre la forme d'une **réponse différenciée**. Dès que l'usage de drogues devient problématique pour la santé de la personne concernée — en ce sens qu'elle ne contrôle plus son comportement — il est question d'un problème de santé mentale. À mesure que la dépendance à la drogue s'accroît, le facteur somatique joue un rôle de plus en plus important. Le plus souvent, des éléments provocateurs, aggravants ou réactifs sont également en jeu. La toxicomanie est un problème bio-psycho-social complexe qui demande une approche multidisciplinaire adaptée.

Dans le prolongement de l'avis du groupe de travail permanent Psychiatrie en vue de l'organisation et du développement futur des soins de santé mentale (Conseil national des Établissements hospitaliers, 1997), une **offre d'assistance propre, globale et intégrée doit être créée pour le groupe-cible des « consommateurs toxicomanes »**.

Le ministre des Affaires sociales et la ministre de la Santé publique développeront un **cadre mieux intégré**, en tenant compte des besoins locaux propres à l'assistance. Les institutions reprises dans des conventions INAMI et l'offre de soins aux toxicomanes des hôpitaux psychiatriques (ou départements psychiatriques d'hôpitaux) seront incluses dans ce nouveau cadre légal. Ce dernier doit permettre l'organisation des soins aux toxicomanes par le biais de **réseaux régionaux**. Ces réseaux régionaux peuvent ensuite se développer en **circuits de soins locaux**. Les Centres de santé mentale feront également partie de ces circuits, pour autant qu'ils le souhaitent.

Par « **circuit de soins** » il faut entendre l'offre totale de soins qu'offre un réseau à un groupe-cible déterminé (*in casu* les toxicomanes). Il est composé de « **modules** » qui — tous réunis — représentent l'ensemble des « parcours de soins » nécessaires pour le groupe-cible, garantissant aussi au demandeur d'aide des soins sur mesure et une continuité des soins entre les différentes phases de la prise en charge. Un « **module** » est une offre globalisée de soins et consiste en une combinaison d'une ou plusieurs fonctions de soins proposées dans un ou plusieurs modes. Un module est donc un ensemble d'activités de soins dans un contexte spécifique, ciblées sur un but bien défini. Un « **parcours de soins** » est un ensemble de modules et constitue une composante globale du programme de soins qui, en tant qu'ensemble, constitue la réponse aux demandes d'aide globalisées d'un groupe-cible ⁽¹⁾.

La mise en place des circuits de soins doit permettre d'**optimiser** les soins liés à la dépendance. Ces soins peuvent être **améliorés tant sur le plan vertical** (élaboration et intégration des différentes catégories de soins liés à la dépendance) **qu'au niveau horizontal** (conclusion d'accords avec les secteurs frontières). Le circuit de soins facilite les **soins sur mesure** et la **continuité dans l'administration des soins**. Les soins aux toxicomanes revêtent, par ailleurs, un caractère plus professionnel grâce à un enregistrement uniforme, à la **surveillance de la qualité**, à l'**adaptation de l'offre à la demande**, à **des diagnostics uniformes et à la pose d'indications** ainsi qu'à des **techniques de traitement** scientifiquement fondées.

Un **certain nombre d'éléments** sont **spécifiques à l'assistance aux toxicomanes** :

1. Une large attention doit être accordée à la **motivation**.
2. Un **seuil bas**, la **flexibilité**, « **l'out-reaching** » et le « **case management** » sont des facteurs importants.
3. Il faut de **bons rapports entre les fonctions de soins orientées vers le changement (abstinence), la réduction des risques et les soins sociaux proposés aux toxicomanes** (offrir une aide à la survie de base et réduire la nuisance sociale).
4. L'offre de soins doit être **adaptée en permanence**. Les habitudes de consommation et les problèmes de dépendance évoluent extrêmement vite.

⁽¹⁾ Groupe de travail psychiatrie (1999). Glossaire des concepts centraux en soins de santé mentale. CNEH, Bruxelles, p. 5.

5. Il est nécessaire de prévoir des **parcours de soins pour des groupes-cibles spécifiques** (comme les patients avec un double diagnostic, ...).

Les différents équipements et acteurs locaux seront réunis dans « un **Groupe Local de coordination Drogues** » (GLD), qui cherchera, à son tour, à s'associer **aux plateformes de concertation de la santé mentale. Les plates-formes de prévention provinciales en Flandre** seront, à leur tour, invitées à participer activement au Groupe local de coordination. Les case managers de la justice et les représentants d'autres organisations concernées (justice, secteur social, associations de consommateurs, associations de parents, ...) sont également invités à faire partie du Groupe local de coordination qui remplit une double mission :

1. examiner les **besoins régionaux en matière de soins**;
2. faire l'inventaire de la prévention en matière de drogue et de l'assistance aux toxicomanes et les décrire en termes de **programmes de soins** régionaux et de **circuits de soins**, et ce en partant d'un **concept de soins de santé mentale**;
3. **détecter** et compléter au niveau local, par le biais de la concertation, voire supprimer les **fonctions lacunaires et les chevauchements en matière d'assistance**.

Un parcours de soins spécifiquement adapté aux jeunes est indispensable. Il est, en effet, recommandé de séparer l'offre de soins pour mineurs et majeurs. Cela n'implique pas nécessairement que des équipements catégoriels pour les jeunes sont requis.

Il est, en outre, recommandé de créer un parcours de soins spécifique pour **certains patients présentant un double diagnostic**.

Les **usagers allochtones de drogues** sont apparemment **sous-représentés dans certaines formules d'assistance**. Ils entreraient aussi moins souvent en considération pour bénéficier des **mesures pénales alternatives** et se retrouveraient ainsi plus souvent en prison. Des études ont déjà été consacrées à ce phénomène. A l'étranger, des **mesures ont été prises avec succès** pour lutter contre ce phénomène. Les **différences culturelles et linguistiques** jouent incontestablement un rôle et les **médiateurs interculturels** peuvent contribuer à l'améliorer la situation. Il est aussi opportun que la formation des intervenants accorde une attention suffisante aux **différences culturelles en ce qui concerne la signification de la toxico-dépendance**. Il est souhaitable d'augmenter le **nombre d'aidants allochtones**. Il faut tenter de trouver les formes d'assistance qui offrent **le plus de garanties de réinsertion sociale**. Les équipements doivent fournir des efforts supplémentaires pour toucher les usagers de drogues allochtones.

Le groupe local de coordination Drogue, en tant qu'organisme moteur pour ce qui est de la constitution de réseaux locaux, agissant en concertation avec la Cellule Drogue, développera, aussi rapidement que possible, un **réseau d'accueil d'urgence et de crise**. Le gouvernement fédéral accorde beaucoup d'importance à cette initiative (voir point d'action 4.4.3.) et veillera à ce qu'une participation active soit retenue comme critère obligatoire dans les conditions de financement des équipements financés par l'État fédéral. L'on attirera également l'attention des centres d'intervention et de crise non spécifiques sur leurs responsabilités en la matière.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique et le ministre des Affaires sociales partagent la responsabilité de l'exécution de ce point d'action. Ils négocient avec les régions et les communautés (et via les communautés avec les provinces).

— *Calendrier*

Les Groupes locaux de coordination Drogues seront installés dans le courant de l'année 2001.

— *Budget estimé*

Les Groupes locaux de coordination Drogues seront créés au sein des plates-formes de Concertation de la Santé mentale et ne génèrent donc pas de coûts supplémentaires.

4.4.2. Financement de l'assistance

— *Sommaire*

Une grande partie des centres de traitement sont actuellement financés au départ de **conventions INAMI conclues à titre individuel**. Une autre partie est financée sur la base de la **législation sur les hôpitaux**. Le volet

« Drogue » du plan global complète ces financements. Les **entités fédérées, les provinces et les communes** investissent aussi dans l'assistance aux toxicomanes.

Un **cahier des charges** sera établi sur la base des besoins locaux et reprendra les **fonctions de soins et les modules de soins** à prévoir. Une offre intégrée et globale est visée ici. L'objectif à long terme est un **financement global de chaque circuit de soins local**.

Le ministre des Affaires sociales évaluera au plus vite la **charge de travail des centres ambulatoires et de jour** (financés via les conventions INAMI). Les équipes de ces centres subiront une surcharge de travail chronique. Cette évaluation requiert bien évidemment un enregistrement de qualité et un instrument de mesure de la charge de travail. Il faut, bien entendu, tenir compte des mesures de promotion de l'emploi du gouvernement fédéral qui ont, en fait, allégé la charge de travail de certains centres.

Dans le prolongement des directives relatives à la politique pénitentiaire en matière de drogues, le ministre des Affaires sociales cherche une solution au problème des consommateurs de drogues **non couverts par l'assurance maladie** sur lesquels pèse une mesure d'exécution de la peine (liberté conditionnelle, semi-liberté, ...) et qui sont soignés dans une MASS ou une autre institution ayant une convention avec l'INAMI.

— *Ministre responsable*

Le ministre des Affaires sociales est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il se concertera avec le ministre de la Santé publique.

— *Calendrier*

Évaluation de la (sur)charge de travail des centres de jour et ambulatoires : décembre 2001.
Financement par circuit de soins : plus long terme.

— *Budget estimé*

Les coûts dépendent de l'évaluation de la charge de travail des centres de jour et ambulatoires.

4.4.3. **Assistance aux toxicomanes par case management**

— *Sommaire*

Il ressort d'enquêtes, d'expériences réalisées en Belgique et de l'expertise réunie à l'étranger que l'introduction de la méthodologie du **case management** s'avère souhaitable dans le secteur de l'assistance aux toxicomanes. Le *Case management* est une forme d'**accompagnement du parcours**. Des consommateurs de drogues fortement dépendants, qui ont déjà suivi plusieurs traitements, ont récidivé et présentent des problèmes de réinsertion, seront suivis de manière individuelle. Il s'agit souvent de clients présentant une problématique complexe et multiple (voir aussi : consommateurs de drogues présentant des problèmes psychiatriques, double diagnostic). Ils sont vraisemblablement à l'origine d'une partie considérable de la nuisance sociale.

Les **objectifs** du case management se situent tant au niveau du client que des institutions.

Au **niveau du client**, la méthodologie vise les points suivants :

- limiter les récidives et, si nécessaire, organiser en temps utile une nouvelle hospitalisation qui ne sera que provisoire;
- garantir des soins sur mesure et une continuité dans les soins;
- promouvoir le fonctionnement social du client.
- mieux coordonner et harmoniser les soins aux toxicomanes;
- améliorer la communication entre les institutions (avec l'accord du patient).

La méthodologie est caractérisée par **cinq fonctions de base** : évaluation, planning, interventions directes et indirectes (notamment orientation, *out-reaching*, coordination) monitoring et évaluation.

Le gouvernement fédéral libérera des fonds sur le budget du ministre de la Santé publique afin de financer des projets intéressants de case management dans les Groupes locaux de coordination Drogues. Ces derniers détermineront eux-mêmes l'affectation des coordinateurs de soins (*case managers*) qui disposeront d'une expérience suffisante dans le domaine concerné et seront aussi familiarisés avec tous les domaines connexes pertinents.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle se concerta avec le ministre des Affaires sociales et négocie avec les communautés et les régions. Elle s'inspire du projet d'étude en cours en Flandre orientale.

— *Calendrier*

Ce point d'action sera exécuté après la constitution des circuits de soins régionaux (ou tout au moins des Groupes locaux de coordination Drogues).

— *Budget estimé*

30 millions de francs belges seront inscrits au budget du ministre de la Santé publique afin de subventionner des projets locaux intéressants.

4.4.4. **Consommateurs de drogues présentant des problèmes psychiatriques (double diagnostic)**— *Sommaire*

Le **secteur de la santé** et, en particulier, **celui de la santé mentale**, est confronté de manière croissante à la **toxicomanie**. Tant dans les **institutions résidentielles** que dans les **institutions de jour et ambulatoires**, des patients de plus en plus nombreux se présentent qui ont à faire face non seulement à leurs problèmes psychiatriques, mais aussi à un problème de dépendance. **Vice-versa**, de nombreux clients de l'assistance aux toxicomanes se débattent aussi avec un **trouble psychiatrique**. La consommation de drogues et les affections psychiatriques **s'influencent mutuellement de manière négative**. Pour une grande partie du **groupe dit « à double diagnostic »**, l'offre de soins actuelle est insuffisante. Ils éprouvent des difficultés à trouver un suivi dans les programmes de soins offerts aux toxicomanes (puisqu'ils présentent des troubles psychiques) et dans les institutions du secteur psychiatrique (puisqu'ils sont toxicodépendants). Ils sont **envoyés** d'une institution à l'autre et le **pourcentage d'abandons de traitement est élevé**.

Le groupe à double diagnostic est responsable de **nuisances sociales** importantes et est caractérisé par des coûts de traitement élevés. Cela coïncide avec les **caractéristiques de ce groupe**, à savoir :

1. une problématique complexe, multidimensionnelle et un diagnostic difficile;
2. des capacités cognitives et une résistance limitées;
3. une motivation réduite, des abandons de traitement fréquents et un taux de récurrence élevé (en ce qui concerne tant la consommation de substances que la symptomatologie psychiatrique);
4. un comportement à risque élevé et beaucoup de violence (envers soi-même et les autres);
5. des problèmes juridiques et pénaux;
6. il s'agit souvent de sans-abri.

Les **objectifs de l'offre d'assistance** qui s'adresse au groupe à double diagnostic sont l'amélioration du niveau général du fonctionnement, la réduction de la consommation de drogues et des problèmes y afférents, la stabilisation des troubles psychiatriques, la réduction des risques et la resocialisation (habitation, travail et occupation journalière). Ce groupe constitue le groupe-cible par excellence du *case-management*.

Certaines institutions accordent, depuis de nombreuses années une attention soutenue aux patients à double diagnostic. Entre-temps, une certaine **expertise** a été acquise. Le gouvernement fédéral **évaluera** les expériences sur le double diagnostic et les **soutiendra**. Il lancera des projets pilotes prenant la forme d'unités distinctes de traitement intensif de patients présentant un double diagnostic dans les hôpitaux généraux. Des nouveaux lits ne seront pas créés à cet effet mais l'encadrement et la formation du personnel seront améliorés dans les sections aiguës existantes. Le gouvernement fédéral veillera également à ce que le double diagnostic obtienne suffisamment d'attention dans la perspective de **l'élaboration des circuits de soins régionaux et de la définition des fonctions de soins**. S'il s'avérait que la programmation des circuits de soins présente **des lacunes**, le gouvernement fédéral s'engagerait à prendre les initiatives **nécessaires**. Les « *cross-trained teams* » (des équipes qui maîtrisent tant les méthodes de traitement pour les toxicomanes que celles des soins psychiatriques) semblent de toute manière nécessaires.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action.

— *Calendrier*

L'évaluation et le soutien aux expériences existantes en matière de double diagnostic peuvent se faire à court terme. Les projets pilotes seront lancés vers le milieu de l'année prochaine.

— *Budget estimé*

Les investissements nécessaires feront l'objet de discussions dans le cadre du contrôle budgétaire.

4.4.5. **Le réseau d'accueil d'urgence et de crise**

— *Sommaire*

Tous les acteurs du secteur de la santé mentale sont tenus de prévoir, dans les cas de demandes d'aide urgente, des modalités permettant d'entrer en dialogue avec les patients et leur famille, par exemple donner des conseils par téléphone; d'être en mesure de trouver les moyens d'organiser une consultation urgente non prévue; de régler une admission d'urgence dans des services psychiatriques hospitaliers. C'est pourquoi tous les services doivent organiser leur fonctionnement de manière à garantir une disponibilité suffisante.

Depuis 1992, **trois projets pilotes de psychiatrie de crise** sont menés dans les hôpitaux généraux (Stuivenberg à Anvers, Van Gogh à Charleroi et Brugmann à Bruxelles). À Bruxelles, il existe en outre un accueil d'urgence et de crise distinct pour les toxicomanes. Quelques autres hôpitaux généraux ont créé, avec leurs propres moyens, un service de psychiatrie de crise (par exemple EPSI à Bruges). Les projets pilotes officiels sont organisés chacun suivant un modèle propre. Les différences ont trait notamment à la nature de la collaboration avec le service des urgences et au nombre maximum de journées d'hospitalisation dans l'unité de crise. Ces trois projets font actuellement l'objet d'une évaluation en vue de la définition d'un modèle uniforme pour la psychiatrie de crise. Notre expérience nous permet de tirer les conclusions suivantes :

— L'abus et la dépendance de drogues constituent, ensemble, le principal motif d'admission dans l'unité d'urgence.

— Pour un groupe de patients traités au service des urgences, une hospitalisation intensive dite de crise est requise, impliquant une brève intervention thérapeutique qui permet d'éviter une hospitalisation classique. Après 1,5 à 5 jours au maximum il est possible de prévenir une longue hospitalisation dans 80 % des cas.

— Ce type d'unité requiert un financement plus élevé que le financement actuel des lits A. Ce surcoût est largement compensé par l'économie réalisée du fait que 80 % des patients de l'unité de crise ne doivent pas être hospitalisés.

Les acteurs sur le terrain nous signalent **un besoin urgent de capacité d'admissions de crise**, surtout pour les toxicomanes. Les études nous apprennent que, dans les hôpitaux, des unités pour au minimum 4 patients et au maximum 8 sont souhaitables. Condition sine qua non du bon fonctionnement d'une telle unité de crise : l'intégration dans un circuit de soins.

Les **besoins estimés de l'accueil de crise** consiste en une unité de 4 à 8 lits pour 300 000 à 500 000 habitants en fonction de la densité de la population et de la répartition géographique, ce qui implique environ 120 lits pour la Belgique. En ce qui concerne spécifiquement les toxicomanes, les besoins sont estimés à 60 lits.

En concertation avec son collègue des Affaires sociales, la ministre de la Santé publique définira un cadre légal spécifique comprenant les normes, le financement et l'agrément des unités psychiatriques de crise dans les hôpitaux généraux.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle se consulte avec le ministre des Affaires Sociales.

— *Calendrier*

Démarrage de l'introduction en plusieurs phases : vers le milieu de 2001 pour 20 lits, au début de 2002 pour 40 lits.

— *Budget estimé*

Les investissements nécessaires feront l'objet de discussions dans le cadre du contrôle budgétaire.

4.4.6. Les mineurs d'âge— *Sommaire*

Le gouvernement fédéral n'a que des **compétences très restreintes** à l'égard des mineurs d'âge. Il faut cependant leur accorder une attention particulière. Il est effectivement plus simple d'interrompre un processus de dépendance débutant que de mettre un terme à une dépendance de longue durée. Il faut également souligner que **la tendance à l'expérimentation** chez les jeunes est une évolution normale dans l'adolescence. Des réactions disproportionnées peuvent avoir des effets contre-productifs.

Les **Services d'Aide à la Jeunesse** doivent pouvoir jouer leur rôle envers les mineurs d'âge consommateurs de drogues. Le service social du comité d'aide à la jeunesse peut accorder lui-même l'assistance requise ou orienter les personnes concernées vers un service d'assistance externe. Les **mesures de diversion** de la justice offrent également pas mal de possibilités aux juges de la jeunesse et au ministère public. Le danger du « **net-widening** » (**extension du réseau**) ne peut cependant pas être perdu de vue.

Il est recommandé que **les deux parents**, même s'ils sont séparés, soient amenés à prendre part au programme d'assistance mis en œuvre, même si les parents sont séparés.

Le gouvernement fédéral souligne enfin l'importance du rôle des parents. Certains parents de mineurs, consommateurs de drogues problématiques, ont grand besoin d'information, de formation et d'une offre thérapeutique explicite. Le gouvernement examinera de quelle manière des moyens peuvent être débloqués à cet effet. L'on songe en premier lieu à de nouveaux modules dans les conventions INAMI spécifiques.

— *Ministre responsable*

Ce point relève de la compétence des communautés. Le gouvernement fédéral donnera suite aux souhaits des communautés à cet égard et est disposé à appuyer toutes les initiatives susceptibles d'étayer l'action des communautés. Il relève de la compétence du ministre des Affaires sociales de prévoir de nouveaux modules dans les conventions INAMI.

— *Calendrier*

Mesures judiciaires : fin 2001

— *Budget estimé*

Le ministre de la Justice évaluera les conséquences budgétaires de cette mesure.

4.4.7. Suivi ou traitement postcure— *Sommaire*

Les consommateurs (délinquants ou non) doivent dorénavant pouvoir faire appel à un **suivi** mieux organisé. L'assistance joue un rôle particulier dans l'intégration sociale (et par conséquent dans la prévention des récidives). Le gouvernement fédéral demandera que l'on accorde davantage d'attention (et libérera les crédits nécessaires à cet effet) au suivi dans les institutions qu'il finance. Le gouvernement fédéral vérifiera également si des fonds peuvent être libérés dans le cadre des contrats drogue et des contrats conclus avec les villes.

Les initiatives visant à orienter les (ex)toxicomanes vers le **marché de l'emploi** doivent être **mieux harmonisées**. Ces initiatives seront, de préférence, prises par les communautés qui sont effectivement compétentes pour la

formation professionnelle, la médiation dans le domaine de l'emploi et l'aide sociale. L'on demandera à ces secteurs d'élaborer, en collaboration avec les CPAS et le secteur de l'assistance aux consommateurs de drogues par exemple, un plan d'action concernant la mise au travail des (ex)toxicomanes. Des contacts peuvent être pris, dans ce contexte, avec les maisons de justice et le travail social judiciaire. Un parcours de formation ciblé sur le marché de l'emploi qui est parfaitement harmonisé avec l'action des équipements d'assistance donne, en effet, la meilleure garantie d'une réinsertion sociale durable.

Il faudra veiller à ce que **l'exécution des (anciennes) peines** hypothèque le moins possible un éventuel processus de réinsertion. La **récente directive du ministre de la Justice** concernant l'exécution des peines de prison relativement courtes pour des délinquants toxicomanes répond déjà à cet objectif.

— *Ministre responsable*

Le ministre de l'Intégration sociale est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il négocie avec les communautés et les régions. Il se concertera avec le ministre des Affaires sociales, le ministre de l'Emploi et du Travail, le ministre de la Justice, le ministre de la Santé publique, le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Politique des grandes villes.

— *Calendrier*

Fin 2001.

— *Budget estimé*

Le ministre de l'Intégration sociale prévoira les moyens pour le plan de mise au travail. Le ministre des Affaires sociales chargera l'INAMI de contribuer à l'organisation du suivi. Le gouvernement fédéral examinera également quelles sont les possibilités dans le cadre du plan drogue et des contrats avec les villes.

4.4.8. **Traitements de substitution**

— *Sommaire*

Les **traitements de substitution** encadrés se sont avérés utiles. Les **effets positifs** suivants ont été observés :

- une diminution de l'usage d'autres opiacés;
- un accroissement de la productivité sociale;
- une baisse du comportement à risques;
- un meilleur contact avec l'assistance;
- une amélioration de la santé physique et psychique et une baisse de la mortalité.

Le gouvernement fédéral traduira les conclusions (adaptées par le Conseil Supérieur d'Hygiène) de la **Conférence de consensus** (Gand, le 8 octobre 1994) dans une **législation contraignante**. Afin de mettre en oeuvre une politique basée sur la recherche scientifique et d'éviter des doubles emplois dans la distribution, un **enregistrement** uniforme (centralisé et anonyme) sera élaboré. On investira dans la **formation** (obligatoire) et la formation continue des médecins. Les médecins feront partie d'un **réseau psycho-social** d'encadrement pour que les patients puissent bénéficier d'un accompagnement multidisciplinaire. Il faut effectivement éviter que les médecins qui prescrivent un traitement de substitution à titre individuel ne se transforment en « guichets de méthadone ». **Des accords transrégionaux** seront conclus dans les Eurégions qui, associés aux mesures précitées, devront permettre de contrer le tourisme de la méthadone.

La nouvelle directive accorde une attention suffisante aux traitements de substitution pénitentiaires.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle négocie avec les régions et les communautés.

— *Calendrier*

Début 2001 : modification de la loi; fin 2001 : arrêté royal pour enregistrement.
Début d'enregistrement 1^{er} janvier 2002.

— *Budget estimé*

Les crédits sont inscrits au budget de la ministre de la Santé publique.

4.4.9. Échange de seringues— *Sommaire*

L'**arrêté royal** du 5 juin 2000 sur l'échange de seringues (loi du 17 novembre 1998) a été publié le 7 juillet 2000 au *Moniteur belge*. L'arrêté d'exécution stipule que l'échange de seringues doit aller de pair avec **la communication d'informations** sur l'usage correct du matériel, l'existence et les indications des tests sérologiques et sur l'offre d'une assistance psychologique, sociale, médicale et juridique. L'échange de seringues ne peut causer de **nuisances** dans le quartier. Les **entités fédérées** sont responsables de l'exécution et du financement de l'échange de seringues.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique a signé cet arrêté royal.

— *Calendrier*

Le point d'action a été exécuté.

— *Budget estimé*

Le financement de l'échange de seringues incombe aux entités fédérées.

4.4.10. Distribution contrôlée d'héroïne— *Sommaire*

Des **expériences scientifiques portant sur la distribution contrôlée d'héroïne** sont ou ont été réalisées à l'**étranger** (notamment aux Pays-Bas, et en Suisse). Le gouvernement fédéral procédera à l'**évaluation** des résultats de ces expériences. Il semble, entre autres, y avoir un **effet favorable** sur le nombre de nouveaux cas de contagion par le **VIH et le virus de l'hépatite**.

Le gouvernement fédéral ne lancera et ne financera **pas d'expériences** en matière de délivrance contrôlée d'héroïne.

La **Cellule Drogue** peut mettre en contact les **groupes de travail** actifs dans ce domaine dans les différentes parties du pays.

— *Ministre responsable*

La ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action.

— *Calendrier*

Le calendrier dépend des expériences à l'étranger.

— *Budget estimé*

Ce point d'action ne génère pas de surcoûts budgétaires.

4.5. RÉPRESSION

La lutte contre le trafic de stupéfiants (offre) constitue **la priorité** première de toute politique pénale visant à restreindre la consommation de drogues et la délinquance qui en découle.

Cette lutte contre le trafic passe néanmoins par une politique de lutte contre **la demande** de stupéfiants et donc, par une politique qui vise à restreindre au maximum la consommation individuelle.

La consommation de drogues génère également bien trop souvent soit une **criminalité dérivée, soit des nuisances sociales**. Ces aspects méritent également une attention particulière, non seulement du ministère public, **mais également de toutes les autres instances publiques**.

Il faut constater que **l'action répressive a ses limites** à l'égard de nombreux consommateurs toxico-dépendants. Ces limites sont **directement fonction** de celles des équipements sociaux et sanitaires.

Dans ce contexte, la répression de la simple consommation et dans une certaine mesure, de la consommation liée à des faits délictueux ou en relation avec des nuisances sociales, doit constituer l'étape ultime de l'action des parquets et ne se justifie que comme remède à un problème individuel récidivant.

Il est dès lors essentiel d'envisager des modes de **coopération** entre le milieu judiciaire et le milieu socio-médical, ainsi qu'avec le milieu éducatif, en vue de répondre aux différents besoins et de définir avec précision un cadre permettant **à la fois** une approche sociale et sanitaire du phénomène de la toxico-dépendance **et** une répression opportune, raisonnée et uniforme en vue de veiller aux impératifs de sécurité publique et de rétablir l'ordre social.

Enfin, lorsqu'un consommateur de drogues se trouve malgré tout incarcéré, il faut veiller (dans le cadre d'une politique pénitentiaire cohérente) à lui garantir un lieu de vie qui lui permettra de sortir de sa dépendance éventuelle. Cela suppose une éradication de la drogue dans le milieu carcéral, mais aussi l'accès du toxicomane aux services d'aide et de thérapie appropriés et la **continuité** de ces soins après sa libération.

4.5.1. Le Plan fédéral de sécurité

Nous renvoyons en premier lieu au **Plan fédéral de sécurité et de Détention**.

Les programmes fédéraux consacrés à la **criminalité organisée et à la criminalité en col blanc revêtent une importance particulière dans la lutte contre le trafic de drogue organisé**. Sans vouloir reprendre in extenso leur sommaire, nous faisons référence aux projets 27 (établir un profil de la criminalité organisée), 28 (recherche scientifique concernant la criminalité organisée), 29 (coopération internationale), 31 (technique de recherche particulière), 32 (écoutes, prise de connaissance et enregistrement de communications et de télécommunications privées), 33 (saisie de patrimoines d'origine criminelle), 34 (instauration d'un régime de repentis, protection des témoins et le témoin anonyme), 35 (qualité d'officier de police judiciaire), 39 (plate-forme permanente de concertation en matière de délinquance financière et économique), 40 (privation des avantages), 41 (recherche axée sur le butin) et 42 (coopération internationale).

4.5.2. Politique pénale — Trafic de drogue

— Sommaire

Après concertation avec le Collège des Procureurs généraux, le ministre de la Justice établira une **directive** au sujet des méthodes permettant de s'attaquer au trafic de drogue. Cette directive fixera, entre autres, des **priorités**. La lutte contre **la fabrication impropre et le commerce des précurseurs** et contre la **production de drogues synthétiques** sera intensifiée. De plus, **l'importation de cocaïne et le trafic d'héroïne** sont inquiétants. Pour ce qui est du **narcotourisme**, la dimension préventive et celle de l'assistance doivent être développées (comme par exemple dans le projet G-Vis). Les possibilités **de saisie et de confiscation** seront optimisées via une directive du ministre de la Justice et des initiatives législatives ... Toute recherche consacrée au trafic de drogue d'une certaine envergure sera accompagnée d'une **analyse financière** au niveau des services de police et des parquets.

Le **programme « drogue »** de la gendarmerie sera intégré au sein de la police fédérale. Il sera chargé de centraliser les informations relatives aux opérations de police liées à la drogue. À terme, son fonctionnement sera étendu jusqu'au niveau d'un service de renseignements. Tout cela ira de pair avec la spécialisation et une formation et un recyclage poussés de la magistrature et des services de police.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Justice et le ministre de l'Intérieur sont responsables de ce point d'action.

— *Calendrier*

La directive sera envoyée en juin 2001.

— *Budget estimé*

Ce point ne génère pas de dépenses supplémentaires.

4.5.3. Réaction pénale à l'usage de drogues

— *Contenu*

Première question : Quelle est la marge de manœuvre pour une politique à la lumière des traités internationaux (ONU, Schengen) et de la politique européenne en matière de drogues ?

1. Les traités internationaux

Les Nations Unies elles-mêmes et l'ensemble des experts internationaux en matière de législation et de traités relatifs aux drogues s'accordent sur les conclusions suivantes :

— s'agissant de la possession de cannabis pour un usage personnel, seuls le Traité des Nations Unies relatif au trafic de drogues de 1988 (article 3, 2, 4 (c) et (d)) et l'accord d'exécution Schengen (1990) (article 76) sont pertinents;

— l'analyse de ces dispositions nous permet de tirer les conclusions suivantes :

Nous avons le choix entre la voie pénale ou la voie de droit administratif :

— à la *voie pénale* permet le recours au principe d'opportunité, ce qui, pour certaines formes de possession, conduit de facto à la dépénalisation (pas de sanction pénale étant donné qu'il n'y a pas de poursuites). Nous pouvons fortement différencier et individualiser la réponse pénale. Les possibilités sont très nombreuses;

— à la *voie de droit administratif* offre également un large éventail de sanctions administratives qui peuvent également être individualisées dans une certaine mesure.

Il convient cependant d'épingler que la voie administrative intervient de manière plus marquée que le traitement pénal stéréotypé et qu'elle ne connaît pas de principe d'opportunité.

La police est obligée d'établir l'infraction administrative (il n'y a pas d'unité de recherche et de poursuite comme c'est le cas dans le circuit pénal) et l'instance administrative doit trancher.

La pratique dans une série d'États de l'Union européenne (voir plus loin) nous révèle en outre que l'on recourt souvent de manière stéréotypée aux amendes administratives. Cette sanction est généralement déconseillée par rapport aux consommateurs de drogue.

L'article 76 de la convention d'exécution de Schengen impose le bon voisinage :

Les États membres de Schengen qui souhaitent mener en matière de drogues une politique plus tolérante que les États membres limitrophes doivent veiller à ce que les États membres limitrophes n'en subissent pas les effets dommageables (entre autres le tourisme de la drogue et les nuisances consécutives).

SOURCES

— De Ruyver, B., « *Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en VN perspectief* », *Vlaams Parlement*, septembre 2000, Brussel, p. 15.

— De Ruyver, B., « *Drugsbeleid in de Europese Unie* », *Gedr. St. Kamer*, 1997, n° 1062/3, pp. 107-122.

— *Ministerie van Justitie Nederland, Notitie gedoogbeleid cannabis.*, 2000, p. 8.

— De Nauw, A., « *Drugs* », *APR*, 1998, p. 4.

— Silvis, J., « *De internationale juridische speelruimte voor Nederlands drugbeleid.* » in Blom, T.; De Doelder, H. en Hessing, D.J. (eds.), *Naar een consistent drugbeleid. Een congresverslag*. Deventer, 1996, pp. 221-223.

— Arnao, G., « *The Single Convention and drug policy reform.* » *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, n° 3, 1999, p. 173.

— Krajewski, K., « *How flexible are the United Nations drug conventions ?* », *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, n° 4, 1999, p. 332.

— *United Nations, Commentary on the United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances 1988*, United Nations, New York 1998, pp. 85-89.

2. La politique européenne en matière de drogue

— La plupart des pays européens accordent la plus petite priorité de poursuite à la possession de petites quantités de cannabis pour une consommation personnelle (par exemple la Belgique) ou n'initient pas de poursuite à l'égard de ce type d'actes (les Pays-Bas, le Danemark, la Grande-Bretagne, l'Autriche) ou infligent des amendes financières pour une première infraction de détention de cannabis pour une consommation personnelle (Irlande) ou renvoient cette catégorie de contrevenants aux structures d'aide et d'accompagnement (Suède, France).

À l'exception de l'Espagne, de l'Italie — et à l'avenir — du Portugal, tous les états membres de l'Union européenne suivent la voie pénale. Ces trois pays ont criminalisé une série d'actes et leur ont conféré le statut d'infraction administrative pour laquelle une sanction administrative est prévue.

Espagne :

— la culture et l'achat sont pénalisés mais la jurisprudence espagnole et la pratique démontrent qu'en réalité on ne pense pas que ces actes devraient être punis;

— la possession et la consommation dans des lieux publics sont punies administrativement;

— la Cour Suprême espagnole a décidé le 28 septembre 1999 qu'est punissable la détention pour consommation personnelle, y compris dans la sphère privée.

Italie :

— L'importation, le fait de se procurer et la détention pour consommation personnelle sont des infractions administratives sanctionnées administrativement entre autres par des amendes et le retrait de toute une série de permis, par exemple le permis de conduire ou le permis de port d'arme.

SOURCES

— Dorn, N.en Jamison, A., « *Room for manoeuvre. Overview of comparative legal research into national drug laws of France, Germany, Italy, Spain, the Netherlands and Sweden and their relation to three international drugconventions, (based on research by an international team Yann Bisiou (France), Tom Blom (The Netherlands), Lorenz Böllinger (Germany), Maria Luisa Cesoni (Italy), José Luis de la Cuesta and Isidoro Blanco (Spain), and Josef Zila (Sweden))*, London, 2000, p. 24.

— De Ruyver, B., *Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en V.N. perspectief, Vlaams Parlement, september 2000, Brussel.*

— *Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie, Lissabon 2000.*

3. Conclusion

— Le Traité des Nations Unies de 1988 relatif au trafic de drogue oblige la Belgique à opposer une réaction juridique à la détention de drogue — y compris du cannabis — pour une consommation personnelle.

— Une décriminalisation est possible mais dans ce cas, on est obligé de faire de la détention de drogue pour une consommation personnelle une infraction administrative et de prévoir une sanction administrative comme ce fut déjà le cas dans quelques pays de l'Union européenne.

— À la lumière de la philosophie de l'ultimum remedium et du souci d'une réponse sociale individualisée et adéquate, il convient de préférer la voie pénale au traitement administratif. Pénalement, le principe de l'opportunité peut être utilisé et on dispose d'un large éventail de possibilités de traitement individualisées. Les expériences espagnole et italienne démontrent qu'une sanction administrative est principalement de nature patrimoniale.

Modifications législatives et directive gouvernementale contraignante à l'attention des autorités judiciaires, des autorités administratives et des services de police compétents en matière de traitement de questions locales liées à la drogue, plus spécifiquement la criminalité et les nuisances liées à la drogue

1. Principes

Une modification apportée à la **loi drogue** du 24 février 1921 en ce sens qu'on opère une distinction entre le cannabis et les autres drogues illégales et que la consommation en groupe de drogues illégales n'est plus pénali-

sée. Le gouvernement édicte en application de l'article 1^{er} de la loi de 1921 une directive contraignante qui oblige le gouvernement et l'ensemble des acteurs de la politique — tant administratifs que pénaux —, à procéder à la mise en œuvre d'une politique en matière de drogues qui intègre la prévention, l'aide et la protection de la société dans un concept de politique.

Cette directive, qui est intégrée légistiquement dans un arrêté royal ne traitant que de la problématique du cannabis, constitue un instrument adéquat pour répondre avec souplesse aux rapides évolutions qui caractérisent le phénomène de la drogue.

Cette directive est la traduction en termes de politique des **recommandations formulées par le groupe de travail parlementaire « Drogue »** de la Chambre des représentants de Belgique qui présenta son rapport le 5 juin 1997 (Doc. parl., Chambre, 1996-1997, n^{os} 1062/1 à 3). Vous trouverez ces recommandations en annexe. Cette directive tient compte de l'étude d'évaluation portant sur l'application de la précédente directive (la directive du 8 mai 1998 relative à la politique de poursuite en matière de détention et de vente au détail de stupéfiants illégaux).

L'étude d'évaluation a révélé qu'une **répression non uniforme** de la consommation de drogue par les différents parquets demeure. Tant **l'éventail de mesures** présentées dans la directive du 8 mai 1998 que **les critères vagues et le cadre conceptuel susceptible de faire l'objet d'interprétations** différentes se sont avérés insuffisants à cet égard. Cette directive essaye d'indiquer plus clairement quelles sont les marges d'appréciation dans le cadre de la politique de recherche et de poursuite. Elle doit exclure les différences d'interprétation autant que faire se peut afin d'aboutir à une application uniforme.

De plus, et cet élément ressort de l'étude d'évaluation, les **poursuites et la peine de prison** sont utilisés assez souvent, bien que le groupe de travail parlementaire ait conclu qu'une intervention répressive à l'égard d'un(e) consommateur(trice) de drogue n'est justifiée que lorsque l'intéressé a également commis des infractions qui perturbent l'ordre public et requièrent une réponse sociale.

En outre, il convient de tenir compte de la nouvelle organisation des services de police ainsi que des nouvelles structures mises en place dans ce cadre.

La gestion de problèmes locaux dans le cadre desquels la prévention, l'aide, la gestion de risque et la lutte contre les nuisances criminelles et autres doivent aller de pair, est une mission contraignante dévolue aux autorités administratives locales en concertation avec le procureur du Roi qui est responsable de la politique de recherche et de poursuite. La concertation zonale de sécurité est le forum indiqué pour mener une politique locale intégrée en matière de drogue. Les services de police doivent obtenir de leurs autorités dirigeantes des instructions claires.

La politique en matière de recherche et la politique en matière de poursuite sont considérées comme les **composantes d'une politique**. La politique en matière de recherche doit être une dérivée de la politique en matière de poursuite.

L'accent est mis sur l'application de **l'article 151, § 1^{er}, de la Constitution** et de **l'article 143ter, second alinéa, du Code Judiciaire**. La directive est contraignante pour l'ensemble des membres du ministère public. Il revient bien évidemment au ministère public d'apporter la preuve du délit lié à la drogue qu'il souhaite poursuivre.

La directive cadre dans une **politique de normalisation**, ladite troisième voie entre la prohibition et l'anti-prohibition, axées sur une gestion rationnelle des risques et fondée sur trois piliers : la prévention, l'aide et la répression. L'importance d'une **intervention rapide des structures d'aide** est soulignée. La politique pénale pratiquée à l'égard des consommateurs de drogue doit être basée sur les principes suivants :

1. l'intervention pénale vis-à-vis du (de la) consommateur(trice) de drogue constitue toujours le **remède ultime**. Hormis des situations à risque spécifiques, comme la conduite sous influence et le fait de causer des nuisances sociales, la consommation de drogue ne constitue pas en soi un motif d'intervention répressive.

2. **L'intervention pénale** tient compte de la situation individuelle de l'intéressé. Les consommateur(trice)s plus difficiles qui entrent en contact avec la police ou la justice seront orientés vers des structures d'aide. Les points de départ sont le volontariat et le respect pour la finalité de la justice d'une part et l'aide d'autre part.

3. **L'assuétude ne constitue en rien un motif justifiant que l'on excuse un comportement criminel.**

Le **ministre de la Justice et le Collège des Procureurs généraux** édicteront une **nouvelle directive** qui correspond à la modification de loi et aux principes et règlement fixés dans l'arrêté royal évoqué plus haut.

1. Principes de la politique de poursuite

Dans le cadre de la recherche et de la poursuite, une distinction est opérée entre le cannabis et d'autres drogues d'une part et les trois catégories de délits liés à la drogue d'autre part.

Vous trouvez le schéma en annexe.

Points de départ

Principe général qui parcourt la politique pénale en matière de drogues comme un fil rouge, est le principe *ultimum remedium*, ce qui implique que sur chaque niveau de la fixation de la peine, dans la mesure du possible et certainement quand il est question de consommation problématique, une intervention pénale minimale est visée pour le consommateur de drogues. Ceci ne vaut pas pour la production de drogues, ni pour le trafic de drogues.

La critique sur la directive précédente et sur son application peut se résumer en trois notions-clés, notamment, imprécis, informel et désorganisée

— **Imprécis** : le cadre de notions utilisé laissait trop d'espace à une interprétation tout en causant une grande précarité juridique parce que le justiciable ne savait plus ce qui était punissable ou non et, plus particulièrement, ce qui serait poursuivi ou pas.

— **Informel** : par l'application non-uniforme dans la pratique, on est amené à constater que chaque parquet intervient autrement. Le caractère informel dans la réaction pénale est trop prononcé ce qui pour conséquence une confusion dans le chef du justiciable.

— **Désorganisé** : le manque d'unité dans la politique pénale en matière de drogues, causé par l'espace d'interprétation encore trop grande pour le magistrat du parquet individuel, suggère que la politique manque d'organisation.

Les recommandations du groupe de travail parlementaire en matière de drogues, se traduiront en conséquence dans une **directive** qui indiquera cette fois-ci avec précision quelles sont les marges d'évaluation dans la politique en matière de recherches et de poursuite de cannabis et qui doit créer de **la clarté** et de **l'organisation** dans la politique en matière de drogues. En plus, une autre directive sera prise par le ministre de la Justice et le collège des procureurs-généraux sur les autres aspects de la politique en matière de la drogue (autres que le cannabis).

— **Clarté** : la directive a comme objectif principal de limiter à un minimum l'espace d'interprétation, afin de créer une certitude en ce qui concerne la réaction sociale du point de vue du justiciable. Il n'y a donc plus d'espace pour une action informelle, mais des actions conformes à un modèle d'action impératif sont requises. Le caractère impératif sera réalisé en imposant des modèles d'actions concrets.

— **Organisation** : le caractère impératif doit amener une unité dans la politique menée des 27 parquets du royaume. Aussi, l'organisation doit être plus transparente et identique partout. Surtout l'insertion d'un *case-manager* de la justice doit garantir un déroulement organisé et uniforme de l'action du MP partout dans le pays.

Il n'est pas superflu de rappeler **la philosophie de base** du gouvernement en matière de consommation de drogues et plus particulièrement en matière de consommation de cannabis : la problématique des drogues est un problème de société qui doit être envisagé à partir d'un *point de vue global et intégré* et qui demande par conséquent une approche appropriée. L'accent est mis sur la **prévention et l'aide professionnelle**, avec, si nécessaire, un volet répressif. Cette directive a également *un aspect éducatif*, qui a pour objectif de rendre conscient la population et plus particulièrement la jeunesse de cet aspect. C'est pour cette raison que le gouvernement ne veut absolument pas suggérer l'idée que l'usage de cannabis doit être considérée comme évident, banal ou normal. Ce n'est pas du tout ainsi. Ceci n'empêche pas que l'autorité ne doit pas investir son énergie dans un usage responsabilisé et non-problématique. L'action de l'autorité, par contre, vise en premier lieu des jeunes et même des adolescents. Il s'agit donc d'une action qui peut revêtir plusieurs formes, tout en mettant l'accent sur la prestation d'aide. En ce qui concerne les autres formes de délit liés aux drogues, les réactions pénales normales restent possibles.

Dans la politique de recherches et de poursuites, la distinction est faite entre :

— **Catégorie 1** : l'importation, la fabrication, le transport, la détention d'une petite quantité de drogues illégales pour l'usage personnel;

— **Catégorie 2** : l'importation, la fabrication, le transport, la détention et l'usage en groupe d'une quantité de drogues illégales qui excèdent la qualification « détention à usage personnel » (catégorie 1) et/ ou qui sont commis dans le cadre des circonstances aggravantes prévues dans la loi relative aux drogues (par exemple la présence de mineurs d'âge);

— **Catégorie 3** : des délits liés aux drogues, autres que ceux prévus dans les catégories 1 et 2

La directive est basée sur le schéma suivant, dans lequel les trois catégories sont traitées :

Catégorie 1 : détention à usage personnel

A. Cannabis

1. **Lors de la recherche et de la constatation**, un procès-verbal n'est **pas** rédigé (en application de l'article 28 *ter*, § 1^{er} CIC) à l'attention du Procureur du Roi. Les drogues trouvées (nécessairement une petite dose) ne seront plus confisquées. L'obligation de payer les frais de justice subsiste.

Une registration anonyme policière sera prévue (Polis, PIP, ISLP, ...), liée à un rapport mensuel au PR sur « *l'évolution sur le terrain* ».

Une exception sera faite s'il y a *indication d'usage qui pose problème* ou d'usage **avec nuisances**. Dans ce cas un PV est rédigé avec indication claire de l'usage problématique ou l'usage avec nuisances. Par l'utilisation qui pose problème' il faut entendre une utilisation que l'on ne maîtrise plus, ce qui se manifeste entre autres par une dépendance des drogues, de la criminalité liée aux drogues, ... Ceci signifie qu'un usage personnel continu n'est pas nécessairement problématique. Par « situation à nuisances » il faut entendre l'usage en présence de mineurs d'âge ou dans des situations visés dans la Nouvelle Loi Communale (article 135, § 2, 7°).

La politique de poursuite vise prioritairement la situation à nuisances — ou des situations à risque comme des concentrations de consommateurs et/ou des trafiquants dans les abords des écoles, des plaines de jeu, et autres, ...

2. **En matière de poursuite** les hypothèses suivantes peuvent se distinguer :

2.1. La détention limitée pour l'usage personnel ou pour un emploi incidentel sans indication ou présomption d'usage qui pose problème

Cf. *supra* en matière de recherches; PAS de procès-verbal, donc **pas** de conséquence pénale.

2.2. Indication d'usage qui pose problème

Le PR renvoie à un case-manager de la justice, qui renvoie à son tour vers l'assistance pour avis thérapeutique. Il y a **deux** possibilités à ce moment : **ou bien** l'intéressé n'accepte **pas** le renvoi. Dans ce cas, le PR opte pour un avertissement, un arrangement à l'amiable, une probation prétorienne, (ci-après PP) ou une poursuite pénale. **Ou bien** l'intéressé accepte le renvoi; dans ce cas la suite dépend de l'avis thérapeutique :

— *avis positif* : il y a également deux possibilités, notamment : **ou bien** l'intéressé **accepte** le traitement et le PR choisit entre une médiation en matières pénales ou PP. **Ou bien** l'intéressé **n'accepte pas** le traitement et le PR choisit entre l'avertissement, un arrangement à l'amiable, une médiation pénale, PP ou poursuite pénale.

— *avis négatif* : le dossier pénal est classé sans suite.

2.3 Situation de nuisances et/ou situations de risque

Le PR distingue la demande et l'offre. En ce qui concerne **la demande**, le PR choisit entre l'avertissement, l'arrangement à l'amiable, la médiation pénale, PP ou poursuite. En ce qui concerne **l'offre**, le PR choisit entre la poursuite pénale et, si jugé opportun, la provocation d'une mesure administrative, *in casu* une prohibition de placement décrétée par les autorités locales (cf. articles 119*bis*; 123, 12°; 133; 134*ter* et 134*quater* de la nouvelle loi communale).

B. Autres drogues illégales

1. Lors de **la recherche** et de **la constatation**, un PV est rédigé. L'usage de drogues illégales autres que le cannabis est par définition considéré comme problématique dans le cadre de la recherche.

La politique de recherche vise prioritairement des situations de nuisances et à risques, comme des concentrations d'utilisateurs et/ou des trafiquants aux abords des écoles, des plaines de jeux etc.

2. **En matière de poursuite**, les hypothèses suivantes peuvent être distinguées :

2.1. Détention limitée à usage personnel ou incidentel sans indication d'utilisation qui pose problème

Sous réserve d'une décision sur les frais de justice et les drogues confisquées et/ou autres marchandises, le PR choisit entre un avertissement ou un arrangement à l'amiable.

2.2. Indication d'utilisation qui pose problème

Le PR renvoie à un *case-manager* de la justice qui renvoie à son tour à une assistance pour avis thérapeutique. À ce moment il y a deux possibilités : **ou bien** l'intéressé n'accepte **pas** le renvoi. Dans ce cas, le PR opte pour un avertissement, un arrangement à l'amiable, une probation prétorienne ou une poursuite pénale. **Ou bien** l'intéressé accepte le renvoi; dans ce cas la suite dépend de l'avis thérapeutique :

— *avis positif* : il y a également deux possibilités, notamment : **ou bien** l'intéressé **accepte** le traitement et le PR choisit entre une médiation en matières pénales ou PP. **Ou bien** l'intéressé **n'accepte pas** le traitement et le PR choisit entre l'avertissement, un arrangement à l'amiable, une médiation pénale, PP ou poursuite pénale.

— *avis négatif* : le dossier pénal est classé sans suite.

2.3. Situation de nuisances et/ou situations à risque

Le PR distingue la demande et l'offre. En ce qui concerne **la demande**, le P.D.R. choisit entre l'avertissement, l'arrangement à l'amiable, la médiation pénale., PP ou poursuite. En ce qui concerne **l'offre**, le PDR choisit entre la poursuite pénale et, si jugé opportun, la provocation d'une mesure administrative, in casu une prohibition de placement décrétée par les autorités locales (cf. articles 119*bis*; 123, 12°; 133; 134*ter* et 134*quater* de la nouvelle loi communale).

Catégorie 2 : L'importation, la fabrication, le transport, la détention d'une quantité de drogues illégales qui excèdent la qualification « détention à usage personnel » (catégorie 1) et/ ou qui sont commis dans le cadre des circonstances aggravantes prévues dans la loi relative aux drogues (par exemple la présence de mineurs d'âge).

1. Lors de **la recherche** et de **la constatation**, un PV est rédigé avec indication claire des quantités de drogues saisies et, éventuellement, mention détaillée des indications d'une utilisation problématique.

La **politique de poursuite** vise prioritairement les situations à nuisances — ou des situations à risque (cf. *supra*) et les grands dealers.

2. **En matière de poursuite** les hypothèses suivantes peuvent se distinguer :

2.1. Les délits prévus dans la catégorie 2, commis pour pourvoir à sa consommation personnelle

On a le choix entre deux options. Le choix est déterminé par le fait qu'il y a ou non une **utilisation problématique** et par la **gravité des faits**.

Dans une première option, le PR renvoie à un case-manager de la justice, qui renvoie à son tour vers l'assistance pour avis thérapeutique. Il y a **deux** possibilités à ce moment :

— *avis positif* : il y a également deux possibilités, notamment : **ou bien** l'intéressé **accepte** le traitement et le PR choisit entre une médiation en matières pénales ou PP. **Ou bien** l'intéressé **n'accepte pas** le traitement et le PR choisit entre l'avertissement, un arrangement à l'amiable, une médiation pénale, PP ou poursuite pénale;

— *avis négatif* : (pas de demande d'aide et/ou pas de dépendance) le PR fait un choix entre l'avertissement, la médiation pénale (peine d'apprentissage ou peine de travail), PP ou poursuites.

Dans la deuxième option, le PR entame des poursuites.

2.2. Les délits prévus dans la catégorie sont commis par pur appât du gain ou avec des circonstances aggravantes prévues par la loi sur les drogues

Dans ce cas, le PR entame des poursuites.

Catégorie 3 : Délits liés aux drogues autres que ceux prévus dans les catégories 1 et 2

1. **Les délits visés** sont :

- i. les délits liés à l'acquisition de drogues de nature grave (vol à la tire, attaque à main armée);
- ii. délits expressifs de nature grave (coups et blessures, menaces sévères, prise d'otage);
- iii. délits consensuels de nature grave (être membre d'une organisation criminelle impliquée dans la production de drogues, trafic de drogues, production et commerce à grande échelle, ...).

2. **La politique de recherche** y prêtera une attention particulière. Lors de la constatation, un PV sera rédigé. S'il y a, à l'encontre du délinquant, des indications d'une utilisation qui pose problème, il en est fait mention de manière explicite dans le PV.

3. En matière de poursuite, Le PR qui doit juger ces catégories doit tenir compte des considérations suivantes :

i. le fait qu'un délit est lié aux drogues ne constitue pas une circonstance atténuante ou une cause d'excuse pour le délinquant. En d'autres termes : le PR doit, lors du jugement, tenir compte de la gravité des faits;

ii. la présence d'une utilisation qui pose problème. Dans la mesure du possible, les prémices de protection de la société (gravité des faits) et une intervention thérapeutique individualisée et aussi rapide que possible (utilisation qui pose problème) sont conciliées.

Le PR. distingue :

1. des délits liés aux drogues pour lesquels il y a, dans le chef du délinquant, des indications d'utilisation qui pose problème

La première possibilité est que le PR juge que la gravité des faits incriminés n'empêche pas un traitement individualisé, sur demande en sens thérapeutique. Dans ce cas, le PR renvoie à un *case-manager* de la justice, qui oriente à son tour vers l'assistance pour avis thérapeutique. Alors il y a deux possibilités :

- *avis positif* : le PR propose PP ou médiation avec assistance;
- *avis négatif* : (pas de demande d'aide et/ou pas de dépendance) le PR fait un choix entre l'avertissement, la médiation pénale (peine d'apprentissage ou peine de travail), PP ou poursuites.

La deuxième possibilité est que le PR juge que la gravité des faits, couplée ou non à la gravité sociale du délinquant n'empêche pas un traitement individualisé mais fait obstacle en ce qui concerne les poursuites. Dans ce cas, le PR entame des poursuites en raison de la gravité des faits. Cela n'exclut pourtant pas que le PR se déclare d'accord lors sa réquisitoire, pour une suspension de probation ou un sursis probatoire.

2. des délits liés aux drogues pour lesquels il n'y a pas, dans le chef du délinquant, des indications d'utilisation qui pose problème

Dans ce cas, le PR entame des poursuites.

Quelques principes organisatoires

1. Il faut concevoir un système efficace de contrôle interne de sorte que le contenu de la directive puisse être adapté de façon réelle sur le terrain. Il sera fait appel à chaque Procureur du Roi, tant en ce qui concerne les chiffres tant en ce qui concerne les décisions de fond.

2. Un ou plusieurs magistrats sont chargés du dossier en matière de drogues, en sous-entendant qu'il n'y a qu'un magistrat de parquet par parquet, le soi-disant « **magistrat drogues de référence** » qui a la responsabilité finale pour le traitement de la problématique en matière de drogues dans l'arrondissement.

Ainsi, tous les magistrats qui ne sont pas actifs dans une section de drogues ou dans une section qui traite entre autres des affaires liées aux drogues, devront toujours se référer au magistrat de référence, de façon à ce que ce dernier puisse vérifier si la politique projetée en matière de drogues est suivie, non pas seulement par les magistrats spécialisés, mais aussi par les magistrats qui entrent par hasard en contact avec des affaires liées aux drogues (par exemple pendant le service de nuit ou de week-end). Ainsi il y aura une certitude que, dans un même parquet, tous les magistrats adoptent la même attitude.

3. Les magistrats drogues de référence de tous les parquets se réunissent régulièrement (par exemple 4 fois par an) en vue de discuter et d'assurer le suivi de l'évolution de la politique en matière de drogues. De cette façon, les parquets peuvent apprendre de leurs contacts mutuels comment certains problèmes peuvent être gérés et l'option « *best-practice* » sera effectivement appliquée sur le terrain. Cette méthode peut également entraîner des discussions dans le cadre des activités du Conseil des Procureurs du Roi.

4. Il est évident que la responsabilité finale de la politique menée incombe au Procureur du Roi même.

5. L'instrument de mesurage opérationnel, simple et uniforme (registration et statistique), qui a déjà été annoncé dans une circulaire précédente, sera développé dans les plus brefs délais et fera l'objet d'une circulaire ultérieure.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Santé publique est responsable pour le réglementation du cannabis. Le ministre de la Justice est responsable pour l'exécution de la nouvelle directive.

— *Calendrier*

Ce point d'action devra être réalisé pour la fin de 2001.

— *Budget estimé*

Ce point d'action n'a pas d'impact budgétaire.

4.5.4. **Fixation de la peine**

— *Sommaire*

Pour éviter la **stigmatisation du casier judiciaire**, la première condamnation avec sursis ne sera plus mentionnée sur l'extrait du casier judiciaire (nécessaire lors d'une demande d'emploi) pour autant qu'elle se rapporte à des faits liés à la drogue (autres que le trafic). La condamnation avec sursis (de même que la suspension) seront toutefois toujours inscrites dans le casier judiciaire afin que la police et la justice ne soient pas privées de cette information.

La **loi sur la probation** offre au juge un large éventail de possibilités d'individualisation des peines prononcées à l'encontre de ceux qui enfreignent la législation en matière de drogue. L'imposition de conditions de probation individualisées requiert toutefois **une extension de l'application de la formule de l'enquête sociale**. Les magistrats devront être encouragés (éventuellement par le biais d'une modification de la législation) à recourir le plus souvent possible à la loi sur la probation. La peine de prison avec sursis ou l'amende sont encore trop souvent prononcées. La proposition de loi relative aux peines alternatives permettra aux juges au pénal de remplacer les peines de prison par des peines plus judicieuses.

Si le Procureur du Roi ne demande pas l'application de la loi sur la probation à l'égard des usagers de drogues n'ayant commis aucun autre délit, il devra dorénavant **motiver** sa décision.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Justice est responsable de l'application de ce point d'action.

— *Calendrier*

- Extension du recours à la probation : fin 2001
- Stigmatisation du casier judiciaire : juillet 2002
- Avis Commission Holsters : fin 2001

— *Budget estimé*

Le ministre de la Justice dispose d'un budget suffisant pour réaliser ce point d'action.

4.5.5. **Avis thérapeutique**

— *Sommaire*

L'**avis thérapeutique** est une méthode de travail qui a pour but d'établir un contact entre les consommateurs de drogues illégales arrêté(e)s par la police et l'assistance, cette démarche restant placée sous le contrôle du ministère public, dans le but de préciser si un accompagnement est indiqué. Un avis en matière d'assistance est formulé sur la base de ce *screening*. L'assistance analyse les domaines problématiques de la vie du toxicomane et lance un processus de prise de conscience. La volonté du toxicomane est décisive ici. À l'heure actuelle, ces projets dépendent de conventions locales de coopération entre la police et le parquet d'une part, et l'assistance d'autre part. Les projets ne sont, pour le moment, pas encore financés par les pouvoirs publics.

Le gouvernement fédéral insistera auprès des communautés afin que ces dernières **reconnaissent légalement cette méthode de travail**. Le gouvernement fédéral **libérera des crédits** pour financer cet instrument, dans le cadre des contrats de sécurité et de société, des contrats de prévention et des contrats drogue. Des fonds peuvent également être libérés à cet effet via le ministère de la Justice, dans le contexte des peines alternatives, de la médiation pénale ou de la probation prétorienne.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Justice est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il négocie avec les communautés et se consulte avec la ministre de la Santé publique, le ministre de l'Intérieur et le ministre des Affaires sociales.

— *Calendrier*

Ce point d'action sera exécuté après la création de la Cellule Drogue.

— *Budget estimé*

Le ministre dispose d'un budget suffisant pour réaliser ce point d'action.

4.5.6. Confiscation de l'argent de la drogue— *Sommaire*

Le gouvernement fédéral examinera la possibilité d'investir **l'argent confisqué provenant de la drogue** dans **l'assistance et la prévention en matière de drogue** (en ce compris l'avis thérapeutique). C'est surtout le financement de la prise en charge des toxicomanes non couverts par l'assurance maladie qui pourrait être amélioré. La loi prévoit, dès à présent, la possibilité de confisquer l'argent provenant de la drogue (et les véhicules utilisés pour le transport des drogues) et, de même, de confisquer également les biens et valeurs qui s'y sont substitués et des revenus issus des bénéficiaires investis. Ces possibilités semblent toutefois peu appliquées. Surtout l'encaissement des sommes confisquées semble poser un problème. Le ministre de la Justice insistera dès lors dans sa directive, sur la confiscation rapide de l'argent de la drogue. Il affinera aussi les lois en vigueur. Le ministre de la Justice prendra des initiatives dans le but d'arriver à la confiscation effective du produit estimé du trafic de drogue. En tout état de cause, il semble contre-indiqué d'imposer avec sursis la peine accessoire de confiscation.

Le gouvernement fédéral souhaite rappeler ici **l'article 35bis du Code d'instruction criminel** (saisi conservatoire par le Procureur du Roi) et **l'article 43 du Code Pénal** (confiscation spécifique obligatoire).

Les ressources de la technique dite « **d'asset-sharing** » dans le cadre de la collaboration internationale devront également être étudiées.

— *Ministre responsable*

Le ministre de la Justice est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il se consulte avec le ministre des Finances (administration cadastre, enregistrements et domaines).

— *Calendrier*

Initiatives législatives et autres : juin 2001

— *Budget*

La confiscation de l'argent de la drogue a des répercussions budgétaires positives.

4.5.7. Une politique pénitentiaire cohérente en matière de drogue— *Sommaire*

Une **circulaire relative à la politique pénitentiaire en matière de drogue** a été finalisée.

La circulaire est basée sur les **résultats de la recherche commandée par les SSTC** et, plus particulièrement, sur les **principes directeurs suivants** :

1. **environ la moitié de la population carcérale** est familiarisée avec les drogues illégales. La drogue est une réalité quotidienne dans tous les établissements. **Toutes les parties concernées, à tous les niveaux**, doivent s'attaquer au problème;

2. la concentration élevée de détenus ayant un problème de toxicomanie engendre le développement de véritables circuits de distribution et d'usage illicites dans les prisons. Des mesures devront également être prises pour éviter que **les drogues ne pénètrent dans les prisons**, ceci dans le respect des droits de l'homme et du maintien des liens socio-affectifs des détenus;

3. l'approche sera basée sur **l'accompagnement du consommateur de drogues**;

4. pendant sa détention, le consommateur de drogues doit pouvoir compter sur **la même qualité de soins** que celle dont il pourrait bénéficier s'il n'était pas détenu;

5. une **politique intensive de prévention** doit être développée. Le personnel des établissements pénitentiaires **sera informé régulièrement et suivra des cours de formation** en ce qui concerne la prévention de la toxicomanie et la réduction de ses conséquences nocives.

Les principes ci-dessus ont généré les **lignes de force** suivantes :

1. les **directions des établissements pénitentiaires** doivent permettre à **des professionnels externes de l'assistance** d'intervenir préventivement et curativement **au sein des prisons**. Les directions s'adresseront, en premier lieu, aux services qui ont validé les **accords de coopération** entre les communautés et le ministre de la Justice. Mais d'autres services externes doivent pouvoir bénéficier des mêmes facilités. La philosophie et les activités de ces services doivent respecter et faire respecter les principes d'ordre et de sécurité indispensables en milieu pénitentiaire;

2. un établissement pénitentiaire n'est **ni un établissement de soins, ni un hôpital psychiatrique**. Un établissement pénitentiaire est la structure dans laquelle s'exerce la **privation de liberté**. Soulignons toutefois l'obligation de répondre aux **problèmes médicaux et psychosociaux** des détenus, afin de gérer les situations de crise et d'orienter les détenus vers une solution adéquate;

3. dans chaque établissement de soins, un médecin attaché au service psychosocial sera le **médecin traitant de référence** du détenu. Il sera responsable de son traitement et veillera notamment à assurer la **continuité du traitement** dans le cas où le prisonnier serait transféré dans un autre établissement. Il prendra aussi, dès que possible, **personnellement contact** avec les services d'assistance externes en cas de libération du détenu. Le médecin de référence assurera la poursuite du **traitement de substitution** si le détenu est transféré;

4. les **traitements de substitution** seront surtout réservés aux femmes enceintes, aux détenus devant exécuter de courtes peines, aux détenus séropositifs ou porteurs du virus de l'hépatite. Le lien entre les maladies transmissibles et la consommation de drogues impose d'ailleurs la mise en œuvre d'une politique active de vaccination et de dépistage. Dans tous les autres cas, les traitements de substitution ne seront prescrits (sous la direction du médecin responsable) que dans un but curatif, afin de mettre progressivement un terme à la dépendance, et moyennant l'établissement avec le détenu d'un programme de sevrage. Dans ce cas, le détenu et le médecin signeront le programme proposé, éventuellement en concertation avec un service d'assistance externe;

5. en vue de permettre la **réinsertion** du détenu et d'éviter les récidives, il est primordial que le détenu puisse entretenir, pendant son incarcération, des contacts avec au moins un service d'assistance externe qui prendra la relève de l'accompagnement au moment où le prisonnier est remis en liberté. Le directeur de la prison informera le plus rapidement possible le responsable du service externe visé au sujet de la date prévue pour la libération du détenu;

6. au moment de la mise en liberté, le médecin responsable **communiquera toutes les informations utiles** au médecin chargé du suivi et ce à une **double condition** : le détenu doit donner son accord écrit et le secret professionnel doit être respecté;

7. les **sections « sans drogues »** et les projets similaires seront évalués.

8. des mesures seront prises pour contrer **la surreprésentation des toxicomanes allochtones** dans les prisons. Il faut qu'ils puissent recourir à l'assistance régulière, tout comme les toxicomanes autochtones.

— Ministre responsable

Le ministre de la Justice est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il se consulte avec la ministre de la Santé publique et négocie avec les Communautés au sujet de l'organisation de l'assistance, des campagnes de prévention et de la formation du personnel des établissements pénitentiaires.

— *Calendrier*

La nouvelle politique pénitentiaire en matière de drogue sera implémentée cette année encore.

— *Budget estimé*

Le ministre de la Justice dispose d'un budget suffisant pour réaliser ce point d'action.

ANNEXE

La politique en matière de drogue menée dans les pays limitrophes et par quelques organisations internationales

Le **groupe de travail fédéral Politique en matière de drogue**, créé à la demande du Conseil des ministres du 27 janvier 2000, a notamment été chargé de dresser un aperçu de la politique en matière de drogue menée dans les pays voisins. Le groupe a rencontré les **experts néerlandais, allemands et luxembourgeois les plus connus dans le domaine concerné**. Le groupe de travail a également reçu **les documents politiques néerlandais, allemands, luxembourgeois, français et britanniques les plus importants** dans ledit domaine. Ce chapitre est basé sur l'information donnée par les différents pays. Nous avons laissé aux experts toute latitude pour désigner les aspects de la politique antidrogue qu'ils considèrent comme les plus pertinents en vue de la formulation de la politique belge en matière de drogue.

1. Constatations générales

La **constatation la plus importante** est sans nul doute celle qui nous amène à conclure que la politique des pays voisins est **plus uniforme** qu'il n'y paraît à première vue. Tous les pays accordent une grande attention à la **prévention, à l'assistance, à la maîtrise des risques, au suivi et à la répression**. Tous les pays tentent de développer une **épidémiologie de haut niveau** et des **méthodes d'évaluation** scientifiquement fondées et, dans chacun d'entre eux, la **collaboration et la communication** entre les divers domaines et niveaux politiques concernés sont au centre des préoccupations. Des orientations, dans les grandes lignes semblables, se dégagent des différentes **notes politiques, aussi pour ce qui est des perspectives d'avenir**.

Dans les chapitres consacrés à ces pays considérés individuellement, nous dresserons donc l'inventaire des **initiatives les plus récentes et des options politiques moins conventionnelles**.

L'**uniformité est cependant moins affirmée au niveau européen considéré globalement**. Il y a ainsi des différences importantes entre la **Suède** (qui vise une société sans drogue) et la **Suisse** (dont l'action est basée sur la réduction des risques).

Des **leçons** peuvent sans aucun doute être tirées de l'**expérience acquise dans les pays voisins**. Au niveau européen, il est utile de **comparer les résultats des différentes options stratégiques adoptées, a fortiori** à un moment où **l'épidémiologie s'est considérablement développée**. Le meilleur critère d'évaluation de mesures politiques est leur **résultat**. Même si la **fiabilité** et la **comparabilité** des chiffres de l'**Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies** peuvent encore être améliorées, nous donnons cependant pour chaque pays une série de **chiffres-clés** provenant du « rapport annuel 1999 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne ». Nous avons mentionné entre parenthèses si ces chiffres sont bas ou élevés dans le contexte européen. Ajoutons que ces chiffres doivent être utilisés avec prudence.

2. Pays-Bas

Les **Pays-Bas** sont souvent considérés comme un « cas à part » non seulement en raison de la **politique innovatrice de réduction des risques en cours d'élaboration** mais, surtout, parce que le **commerce de détail du cannabis est systématiquement exempté de poursuites (sous certaines conditions)**. Cette **politique de tolérance** (« gedoogbeleid ») ou des **coffee-shops** a donné lieu, par le passé, à des **réactions négatives à l'étranger**.

2.1. Politique

La politique néerlandaise en matière de drogue est **coordonnée** par le **ministre de la Santé publique**. Depuis 1977, date de la modification radicale de la loi sur les stupéfiants, une collaboration étroite avec le **ministère de la Justice et le ministère de l'Intérieur** s'est installée. Les différents ministères sont respectivement responsables de la prévention et de l'assistance, des recherches et des poursuites, ainsi que des matières qui concernent les autorités locales et la police. Certains aspects relèvent de la compétence d'autres ministres, comme par exemple la législation sur les précurseurs (Économie), le trafic international de drogue (Affaires étrangères) et la prévention dans les écoles (Enseignement). La **collaboration et la concertation** entre les instances compétentes se déroulent sans heurts et sont très complètes.

Les experts néerlandais qualifient la politique de leur pays de « **pragmatique** »; ils entendent par là que les options politiques ne sont pas évaluées au départ d'un **cadre idéologique** mais bien sur la base de leur **efficacité**. L'**objectif principal** est la **réduction des risques** de l'usage de drogue. Dans ce contexte, ils ont souligné l'importance du **principe d'opportunité** qui permet au ministère public néerlandais de réagir de manière flexible à l'encontre d'un phénomène en évolution constante.

La dernière **adaptation** de la politique menée aux Pays-Bas date de **1995** qui est la date de publication de la note du gouvernement intitulée « **Continuïteit en Verandering** » (continuité et changement). **Trois raisons** ont engendré cette **adaptation** : des **nuisances sociales** de plus en plus importantes, la **criminalité organisée** liée au commerce de la drogue et la

nécessité de mieux harmoniser la politique avec celle des pays voisins pour combattre le **narcotourisme**. Cette année, une nouvelle note du gouvernement a été publiée; elle est intitulée « **Het pad naar de achterdeur** » et porte sur l'approvisionnement des *coffee-shops* (voir plus loin).

Les composantes de la **politique de santé néerlandaise** (ministère de la Santé publique) sont la **prise en charge, la prévention, la recherche et le monitoring**. Ces composantes sont comparables à la politique de santé belge. La prise en charge aux Pays-bas est, de plus en plus, **factuelle** (« *evidence-based* »). Le **monitorage** est de haut niveau. Les pouvoirs publics investissent actuellement, chaque année, plus de 5 millions de florins dans le « *Nationale Drug Monitor* » (monitorage national des drogues), qui est installé au **Trimbos-instituut**. La recherche quantitative et qualitative (en ce compris l'évaluation des risques) se traduit par des données pertinentes pour la formulation de la politique menée. **Remarquons** la possibilité offerte aux consommateurs de drogues synthétiques de **faire tester leurs comprimés** (*Drugs Informatie en Monitoring Systeem* — système d'information et de monitoring en matière de drogue). Les engagements contractés dans le cadre du système européen d'alerte précoce sont concrétisés par le **Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs** (CAM) (Point de coordination Évaluation et Monitoring de nouvelles drogues). Les **smart-drugs et ecodrugs** (substances d'origine naturelle qui ont un effet psychédélique) feront l'objet de nouvelles initiatives législatives (régulatrices).

Aux Pays-Bas, une **recherche scientifique est en cours portant sur la distribution contrôlée d'héroïne**. Dans six villes, 750 usagers problématiques d'héroïne reçoivent leur héroïne sur ordonnance médicale. La recherche compare les effets d'un traitement à l'héroïne avec les effets d'un traitement à la méthadone. D'autres expériences concernent le **sevrage sous anesthésie, l'administration de doses plus élevées de méthadone et la vaccination contre l'hépatite B**. Des plans ont été dressés visant la formation de **coordinateurs de soins pour les toxicomanes** (*case-managers*). La **politique pénitentiaire** est, elle aussi, au cœur du débat aux Pays-Bas où 465 cellules VBA sont actives et offrent un accompagnement sans drogue à des détenus toxicomanes. La discussion porte actuellement surtout sur le traitement à la méthadone dans les prisons. Signalons, en outre, l'existence aux Pays-Bas de formules comme le « **trajectbenadering** » (**l'accompagnement de parcours**), la **constitution de réseaux régionaux** (circuits de soins) et la problématique du **double diagnostic**. Une grande attention est également accordée **au rapport entre la prise en charge des toxicomanes et la population allochtone**. Cette attention a abouti à des initiatives dans le domaine de la recherche scientifique et à d'autres projets (que l'on peut apparemment qualifier de réussites).

La **recherche scientifique** est souvent réalisée dans le contexte de la **coopération internationale** et est actuellement ciblée sur les éléments suivants :

- étude de la sensibilité individuelle à la substance engendrant la dépendance;
- étude de la récidive et du retour à l'ancien comportement de dépendance;
- amélioration et innovation en matière de prévention de la dépendance, d'assistance; et
- neurotoxicité de l'ecstasy.

La **prévention** est actuellement **l'un des domaines prioritaires** aux Pays-Bas. La priorité est donnée à l'amélioration de l'efficacité de la prévention, à la promotion de l'expertise et à la stimulation de l'innovation et de la créativité. La prévention est organisée par un réseau d'équipements locaux, régionaux et nationaux. Leur coopération est stimulée par le **Landelijk Steunpunt Preventie van Verslavingen en Middelengebruik**. Une attention particulière est accordée à la jeunesse scolarisée, aux circuits récréatifs et à la drogue dans la circulation. La politique menée est modulée en permanence sur la base de l'avis des « **trendwatchers** » comme *Mainline* (réseau sentinelle).

Aux Pays-Bas, la **détention** de drogue est punissable, même si la **possession d'au maximum 30 grammes de cannabis** n'est considérée que comme une infraction. Pour ce qui est de la **politique pénale**, la distinction entre les Pays-Bas et les autres pays porte surtout sur l'approche du trafic de drogues douces. Les pouvoirs publics tolèrent, par le biais d'une **directive dite des poursuites** et sous certaines conditions, la vente (et la consommation) de petites quantités de cannabis dans les « **coffee-shops** ». Les **conditions** sont les suivantes : au maximum 5 grammes par transaction, au maximum 500 grammes en stock, pas de vente de drogues dures, pas de publicité pour la vente de drogue, pas de nuisances pour l'environnement, pas de vente aux mineurs d'âge. Les **autorités locales** déterminent le nombre de *coffee-shops* autorisés dans leur commune. Ce nombre a été **fortement réduit** au cours des dernières années (de 1 200 à 850) et une loi a été votée permettant aux communes de fermer les *coffee-shops* qui enfreignent les règles. **L'approvisionnement des coffee-shops n'est pas réglementé** et est, depuis des années, à l'origine de discussions politiques. Une partie importante du cannabis vendu dans les *coffee-shops* est cultivée aux Pays-Bas. La culture sur une échelle réduite est tolérée sous certaines conditions. Mais il y aurait aussi de grands espaces de production aux mains de la **criminalité organisée**. La **législation** a été **adaptée** et a alourdi les peines prévues pour le trafic et la culture industrielle de cannabis; elle a introduit une **interdiction absolue de la culture des plantes de cannabis à l'intérieur des habitations**. Le gouvernement néerlandais a publié cette année la note « **Het pad naar de achterdeur** » qui donne une réponse à la demande formulée par une série de bourgmestres qui désirent lancer des **expériences de culture et de distribution contrôlées de cannabis**. Le gouvernement rejette les plans et plaide pour une poursuite inchangée de la politique de tolérance. Le gouvernement néerlandais n'exécutera pas la **motion parlementaire qui en a résulté** et qui plaiderait pour une réglementation de la production et du commerce de gros de cannabis.

Les Pays-Bas sont un **producteur important de drogues synthétiques** (comme l'ecstasy). Pour s'attaquer à ce problème, une « **synthetic drugs unit** » (unité drogues synthétiques) a été créée à Eindhoven, à laquelle participent le ministère public, les services de police et de douane. Pour combattre l'importation de drogues synthétiques, des scanners pour conteneurs sont notamment mis en œuvre à Rotterdam et à Schiphol. Des peines relativement lourdes sont prononcées à l'encontre des trafiquants de drogues.

Une grande attention est accordée à la **politique de lutte contre les nuisances liées à la drogue** qui est largement **décentralisée**. Il y a un **nationaal steunpunt « Drugs en Veiligheid »** (point d'appui national « Drogue et Sécurité ») auquel les autorités locales peuvent poser leurs questions. Un facteur de succès important est la **collaboration entre la justice et l'assistance**. Aux Pays-Bas, **une offre d'assistance en partie différenciée** est développée (assistance aux toxicomanes et prise en charge par la justice). Depuis quelque temps, il y a 15 **intramurale motivatiecentra** (centres de motivation intramurales) comptant au total 140 lits. Ajoutons une **Forensische Verslavingskliniek** à 45 lits (clinique de soins aux toxicomanes gérée par la justice) pour les clients de la justice souffrant d'une toxicodépendance et dont le casier judiciaire est chargé. L'évaluation démontrera si toutes ces institutions suffisent pour atteindre les objectifs fixés. Les projets appelés **« drangprojecten »** (incitation au traitement prenant la forme de l'orientation de toxicomanes criminels vers l'assistance « normale ») seront, eux aussi, évalués. Ces projets sont au cœur de la politique de lutte contre la nuisance sociale due à la drogue. Le concept en tant que tel n'est pas contesté. Pour les toxicomanes criminels récidivistes il y aura, dans un stade suivant, des admissions forcées dans des institutions spécialisées. **Les équipements d'accueil à bas seuil** semblent contribuer à la diminution des nuisances sociales. Le gouvernement a libéré 15 millions de florins pour réaliser un accueil 24 heures sur 24. Des institutions dont l'action est ciblée sur le changement de comportement sont considérées comme non efficaces (« à haut seuil ») dans le cadre de la politique de lutte contre les nuisances sociales. Cette approche des nuisances sociales devient de plus en plus **globale**; en d'autres mots, la nuisance provoquée par les usagers de drogues dures est moins souvent abordée comme un problème distinct. Le comportement des autres groupes (sans-abri, jeunes qui fréquentent des discothèques et autres lieux récréatifs) provoquerait même davantage de nuisances dans de nombreuses communes. Depuis peu, les communes peuvent fermer les **« drugpanden »** (ce sont des habitations d'où proviennent des nuisances dues à la drogue). Il y a aussi aux Pays-Bas des **« shooting-rooms »** (lieux où les toxicomanes s'injectent leur drogue). Ces locaux font partie de la politique de tolérance et visent une amélioration de la santé publique et une limitation des nuisances sociales.

Les Pays-Bas font, plus que par le passé, des efforts pour expliquer leur politique en matière de drogue dans les **autres pays européens**. Ils collaborent avec la Belgique (concertation d'Hazeldonk) et les autres pays voisins et soutiennent aussi (par le biais de subventions européennes) l'action menée dans les pays d'Europe centrale et de l'Est. Des conventions douanières ont été conclues avec l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Norvège. Les Pays-Bas sont très actifs dans la lutte contre le transit de cocaïne dans les Antilles néerlandaises et à Aruba. La collaboration entre les Pays-bas et les îles dans le domaine de la prévention et de l'assistance est étendue. Les Pays-Bas ont signé les trois conventions des Nations Unies.

Une évolution positive est la **stabilisation de la consommation d'héroïne** (peu de nouveaux utilisateurs). Par contre, **l'abus d'alcool qui se manifeste de plus en plus parmi les jeunes** est un développement négatif (l'âge diminue, le nombre d'alcooliques problématiques augmente).

Une **enquête par sondage** a révélé que la population néerlandaise est, globalement, favorable à la politique menée par le gouvernement en matière de drogue. La population se montre toutefois préoccupée par les nuisances sociales provoquées par les toxicomanes (par exemple les vols).

2.2. Chiffres-clés

- Évaluation de la prévalence nationale de la consommation de drogue problématique dans la catégorie d'âge 15-54 ans : 2,8 à 3,2 par mille (bas).
- Tendance de l'évolution du nombre de décès dus à la drogue : en légère augmentation.
- Prévalence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse : 2,0 - 26 % (chiffres imprécis).
- Arrestations en raison d'infractions à la législation sur les stupéfiants : nette augmentation.

2.3. Experts entendus

- Bob Keizer, Chef de la Section Assistance aux toxicomanes, ministère de la Santé publique.
- Steven Van Hoogstraten, Directeur Direction Affaires pénales internationales et Politique en matière de drogue, ministère de la Justice.
- Jacquelin Bakker, collaboratrice Direction Police, ministère de l'Intérieur.
- Ciska Scheidel, collaboratrice ministère de la Justice.

2.4. Littérature

- *Drugbeleid, voortgangsrapportage september 1997-september 1999*, ministère de la Santé publique, La Haye, 1999.
- *Les « fact-sheets » du Trimbosinstituut* (<http://www.trimbos.nl>).
- *Het pad naar de achterdeur*, ministère de la Justice, 1999, 22 p.

3. Allemagne

Tout comme la Belgique, **l'Allemagne est un état fédéral**. Le niveau fédéral encourage l'innovation dans le secteur de la prévention et des soins en matière de toxicomanie.

3.1. Politique

Depuis 1998, le **ministre fédéral de la Santé publique coordonne** la politique en matière de drogue. Son rôle consiste surtout à innover et à adapter la politique menée aux circonstances mouvantes. La concrétisation des directives stratégiques relève de la compétence des *Länder* qui sont effectivement compétents pour la politique de santé (en ce compris la prévention).

En 1971, une **Cellule interministérielle** mais fédérale a été mise en place. Les experts de différents ministères se réunissent au moins 2 fois par an pour discuter des thèmes importants et déterminer des points de vue communs. La Cellule a développé toute une série de programmes d'action.

Depuis 1972, un **groupe de travail permanent** est également actif; il réunit des représentants des ministères fédéraux et régionaux et le gouvernement fédéral y joue un rôle prépondérant. Ce groupe de travail se réunissait initialement 4 à 5 fois par an mais le nombre de réunions annuelles a été ramené à deux. L'objectif consiste à échanger des informations entre les *Länder*: différents modes de consommation de drogue, épidémiologie, présentation d'initiatives en cours dans les différentes régions, ... D'autres ministères fédéraux, la douane, la « *Bundeskriminalamt* » (police fédérale), le Centre fédéral d'éducation à la santé, des ONG et d'autres interlocuteurs sont représentés au sein de ce groupe.

Si la cellule interministérielle précitée est surtout chargée de développer des options politiques et de nouvelles stratégies, le groupe de travail permanent cible plutôt son action sur la concertation au sujet d'initiatives déterminées tout en veillant à éviter les doubles emplois dans le domaine de la prévention.

En 1990, lors d'une **Conférence nationale sur la drogue et la toxicomanie** présidée par le Chancelier fédéral, il a été décidé que la politique en matière de drogue serait déterminée en concertation avec les *Länder*, les communes, les ONG et d'autres associations (notamment des associations bancaires et d'avocats). Les résolutions de cette conférence ont été ratifiées par toutes les parties participantes.

Il y a, en outre, des groupes de travail interministériels à l'échelon des *Länder* et la formule du groupe de travail est concrétisée jusqu'à l'échelon communal; il s'agit, en quelque sorte, d'un système en **cascade** dans lequel le consensus est recherché à tous les niveaux.

En 1998, l'Allemagne a opté pour une **politique globale et intégrée en matière de drogue** qui accorderait aussi une large attention aux drogues légales.

Aucune distinction n'est faite entre drogues douces et dures dans la loi allemande. **L'usage de drogue en tant que tel** n'est pas un fait punissable mais la **détention de drogue** est interdite. En pratique, la justice renonce souvent à poursuivre pour détention de petites quantités de drogue destinées à une consommation personnelle. Depuis 1992, la poursuite des usagers de cannabis **est l'objectif auquel l'on donne la priorité la plus faible**. Les dossiers sont classés sans suite si des **valeurs limites** déterminées ne sont pas dépassés. Ces valeurs limites varient d'un *Land* à l'autre et vont de 5 grammes à 30 grammes, en passant par « la quantité que l'on peut ranger dans une boîte d'allumettes ». Dans la plupart des *Länder*, la limite est actuellement de 10 grammes. En 1981, l'Allemagne a modifié sa législation sur la drogue qui est, depuis lors, surtout ciblée sur l'aspect « santé ». Comme peine, le toxicomane pouvait choisir entre une peine de prison et le traitement. Ce principe s'est heurté à une vive **opposition** de la part du secteur de **l'assistance**, qui ne voulait intervenir que sur une base volontaire. Le principe a été modifié en ce sens que suivre un traitement permet d'échapper à l'exécution de la peine (un genre de système de probation).

Le **Centre fédéral d'éducation à la santé** établi à Cologne et dépendant du ministère de la Santé publique, est l'organe central de coordination pour ce qui est de la coordination de la **prévention de la toxicomanie**. Les activités sont surtout axées sur la prévention primaire, sous forme de campagnes dans les médias, de brochures et de dépliants, de même que de programmes de formation. Il travaille en collaboration avec toute une série d'interlocuteurs, en ce compris les associations d'accoucheuses, les gynécologues et pédiatres, les associations qui s'opposent au tabagisme, etc., ... Le système en **cascade** permet de diffuser l'offre de prévention dans les villes et les régions rurales. Le financement de la prévention est actuellement au centre des discussions (autorités fédérales contre *Länder*).

Conformément à la Constitution, les frais relatifs aux soins de santé sont à la charge des *Länder*. Les frais liés à l'exécution de la loi fédérale et les dépenses inhérentes à l'expertise nationale concernant les nouveaux problèmes à portée nationale sont toutefois pris en charge par l'autorité fédérale. En pratique, les autorités fédérales financent les **projets pilotes novateurs**. Les autorités fédérales y ont consacré **400 millions de DM**. En cas d'évaluation positive, les *Länder* assurent un financement durable et ont recours à cet effet à l'assurance maladie, aux caisses de pension et au produit de l'impôt du culte.

Comme exemples de projets pilotes, citons les **case-managers (coordinateurs de soins)**, les **shooting-rooms (« salles d'injection »)** et la **distribution contrôlée d'héroïne**.

Le projet de **case-management** s'est développé à partir de la constatation selon laquelle, en dépit de l'existence d'une offre d'aide étendue, intégrée et pluridisciplinaire, un groupe de toxicomanes reste sur la touche. Les **case-managers** sont responsables de l'accompagnement de toxicomanes problématiques aux différents stades de l'assistance. Ils opèrent au départ de « **counseling centres** » (centres de guidance) relevant de l'autorité des communes et financés généralement, en partie, par les fonds communaux et en partie par le produit de l'impôt du culte.

Les 24 et 25 février 2000, le Parlement allemand et le *Bundesrat* ont légalisé les **salles d'injection de drogue (shooting rooms)**. À l'heure actuelle, 18 de ces équipements sont opérationnels dans l'ensemble du pays et travaillent dans un cadre légal strict; ils sont en général situés à proximité des centres de santé ce qui fait qu'ils peuvent toujours faire appel à un médecin, un infirmier ou un travailleur social. Ces centres fournissent des seringues stériles, un environnement calme et les services d'un travailleur social qui peut intervenir en cas de problème. De longues discussions ont eu lieu dans les différents *Länder* au sujet de cette initiative. Les *Länder* peuvent toujours décider d'autoriser ou non l'installation de « **shooting-rooms** »

dans les villes placées sous leur compétence. Les frais sont à la charge des villes où ces « *shooting-rooms* » sont situés. On n'a pas signalé de protestations de la part de la population. Les services de police ont accueilli l'initiative avec un certain soulagement. Aucun âge minimum n'a été fixé au niveau fédéral pour ce qui est de l'accès à ces infrastructures, contrairement à la Suisse (accès interdit en-dessous de 18 ans). La décision en cette matière appartient aux *Länder*. Les chiffres pour Francfort indiquent que près de 40 % des toxicomanes fréquentent ces « *shooting-rooms* ».

Un autre projet pilote a trait à la **distribution contrôlée d'héroïne**. La recherche scientifique doit déterminer si la distribution d'héroïne aux toxicomanes présentant une dépendance aux opiacés est opportune. Elle portera surtout sur les effets sanitaires et sur la criminalité. Le projet est réalisé par deux centres de recherche dans 7 villes allemandes (Hambourg, Hanovre, Essen, Cologne, Francfort, Munich et Karlsruhe).

3.2. Chiffres-clés

- Nombre de toxicomanes problématiques dans la catégorie d'âge 15-54 ans : 1,8 à 3,7 pour mille (bas).
- Tendance de l'évolution du nombre de décès dus à la drogue : en légère baisse.
- Prévalence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse : 0,6 – 3,8 % (bas).
- Arrestations en raison d'infractions à la législation sur les stupéfiants : augmentation.

3.3. Experts entendus

- Michaëla Schreiber, Chef du service Dépendance et Abus de drogue, ministère de la Santé publique.

3.4. Littérature

— *Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*, Christa Nickels, *Bundesministerium für Gesundheit*, Bonn, 2000, 92 p.

4. Luxembourg

Le **Luxembourg** est un petit pays et collabore dès lors étroitement avec les pays voisins. Le Luxembourg a désigné un *coordinateur national en matière de drogue*.

4.1. Politique

La politique en matière de drogue constitue une **priorité** explicite pour le gouvernement luxembourgeois. Le **ministre de la Santé publique** a été désigné comme **coordinateur** de ladite politique. Une section spéciale a également été créée au sein du ministère de la Santé publique qui sera chargée, entre autres, de la mise au point d'un **plan quinquennal**. Une **concertation** est organisée avec les autres ministres compétents, les services d'ordre, la douane et certaines ONG. Jusqu'au début des années '90, la politique reposait sur **trois piliers** : la prévention, le traitement et la répression. Actuellement, il faut évoquer cinq piliers : l'épidémiologie, le monitoring et la recherche, la prévention, le traitement, la réduction des risques et la répression. Un **sixième pilier (évaluation)** est actuellement développé.

La **loi pénale** luxembourgeoise ne fait **pas de distinction entre les drogues dures et les drogues douces**. L'**usage de drogue** est considéré comme un fait punissable même si la consommation de **cannabis** n'est pas réprimée en pratique. Les cours et tribunaux ont le droit d'ordonner des **prélèvements de sang et d'urine** en cas de soupçon d'infraction à la législation sur la drogue.

Le Luxembourg a son propre **point focal** de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies et se propose de créer un **Observatoire national des Drogues et des Toxicomanies**.

Le **point focal** comprend, outre le **système d'alerte précoce**, le réseau **RELIS** (qui comprend toutes les institutions spécialisées, les services d'ordre et les centres pénitentiaires) et le **réseau TRANSRELIS** (un système qui permet de suivre la « carrière » des demandeurs d'aide par-delà les frontières).

Le « **Centre de Prévention des Toxicomanies** » a été créé en 1996. Au niveau national, signalons l'existence de deux structures principales : une section prévention et médecine sociale et le CePT qui tente d'organiser la participation des acteurs régionaux et locaux à une approche commune. Les actions préventives sont surtout menées dans les écoles. Pour l'enseignement primaire et secondaire, un « kit de prévention » a été mis au point (contenant du matériel de prévention), qui est utilisé dans les cours d'éducation sanitaire. Depuis quelques années, des activités préventives ciblées sur les jeunes sont aussi organisées en dehors des écoles. Les autorités publiques lancent d'importantes campagnes dans les médias. Il y a également un accueil téléphonique qui répond aux questions concernant la drogue ou la toxicomanie.

L'**offre d'assistance** se compose de 7 centres spécialisés, 5 « unités de sevrage », deux structures à bas seuil, un centre de suivi, un réseau pour les mineurs d'âge et des unités spéciales pour les toxicomanes. Des sections « sans drogue » seront créées dans les prisons dans un proche avenir.

Un **programme d'échange de seringues** et un **programme d'administration de méthadone** sont opérationnels. **Des éducateurs de rue** encouragent les toxicomanes à contacter un interlocuteur du secteur de l'assistance et à se soumettre à des tests de dépistage du SIDA et de l'hépatite. Ils distribuent des préservatifs et proposent un soutien psychologique.

Le Luxembourg participe à la coopération **internationale** dans le cadre de l'Union européenne, des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Groupe d'Action Financière sur le Blanchiment des Capitaux (GAFI), de l'accord de Schengen, du Bénélux, et du groupe de Mondorf. Ce dernier groupe comprend le Luxembourg et les régions avoisinantes et se consacre à la recherche, à la prévention et à la formation.

Soulignons aussi l'action du « **Fonds de lutte contre le trafic des stupéfiants** » qui a été créé en 1992 suite aux recommandations de la Convention des Nations Unies de 1988. Le fonds finance « l'élaboration, la coordination et la mise en œuvre de moyens de lutte contre la toxicomanie ainsi que de tous les effets directs et indirects sur des pratiques financières illicites ». Concrètement, des projets de développement ont été financés dans des régions productrices de drogue. Le fonds est alimenté par l'argent de la drogue confisqué dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux.

Remarquons aussi la proposition du Parlement luxembourgeois visant la mise au point d'une **politique commune pour le Bénélux** (1996). Les contacts avec les gouvernements belges et néerlandais n'ont pas donné de résultat parce que le gouvernement belge ne pouvait accepter la proposition de dépénalisation du cannabis.

Ajoutons enfin que les toxicomanes qui cherchent une aide en cas d'overdose sont exemptés de toute peine.

4.2. Chiffres-clés

- Nombre de toxicomanes problématiques dans la catégorie d'âge 15-54 ans : 8,2 à 8,6 pour mille (élevé).
- Tendances de l'évolution du nombre de décès dus à la drogue : reste inchangé.
- Prévalence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse : 3,0 (basse).
- Arrestations en raison d'infractions à la législation sur les stupéfiants : situation inchangée.

4.3. Experts entendus

- Alain Origer, coordinateur national, ministère de la Santé publique.
- Simonne Steil, expert, Section Médecine préventive et sociale, ministère de la Santé publique.
- Andrée Clemang, expert, ministère de la Justice.

4.4. Littérature

— *Réseau national d'information sur les stupéfiants et les toxicomanies, rapport 1998*, ministère de la Santé, Luxembourg, 1998, 138 p.

5. France

La France a mis en place un organe interministériel de coordination chargé de préparer la politique à suivre : la *Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)*.

5.1. Politique

La politique française en matière de drogue est préparée par la **Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)**. La MILDT relève de la compétence du **ministre de l'Emploi et de la Solidarité** aux attributions duquel appartient aussi le **Secrétariat d'État à la Santé**. La MILDT organise la concertation interministérielle et rédige des notes politiques trisannuelles. Au niveau **local**, la politique est coordonnée par un « chef de projet » désigné par le préfet. Des **centres de documentation régionaux** seront créés dans un proche avenir.

La législation française ne fait aucune distinction entre **drogues douces et drogues dures**. En théorie, **tout usage de drogue** est punissable depuis 1970. En 1978, le ministre de la Justice a consacré une **circulaire** à la consommation illicite de cannabis. Cette circulaire prévoyait un avertissement formel en cas d'usage de cannabis associé à une orientation (volontaire) vers une institution d'assistance psycho-éducative. La circulaire de 1987 a étendu l'application de l'avertissement aux autres drogues illégales dans la mesure où il ne s'agit pas d'abus. En cas d'abus, le traitement peut être imposé. Les directives ont été mises à jour en 1999. Il existe des différences régionales en matière de politique des poursuites. Les grandes villes se montrent généralement plus tolérantes. La détention de petites quantités de cannabis pour consommation personnelle (parfois jusqu'à 50 grammes) ne donne que rarement lieu à des poursuites. Trois commissions ou instances prestigieuses, dont la Commission Henrion, se sont prononcées en faveur de la dépénalisation de l'usage de cannabis mais leur choix n'a pas vraiment pu compter sur un large soutien de la population.

Jusqu'en 1994, la France a délibérément pris peu d'initiatives dans le domaine de la **réduction des risques**. En raison de l'augmentation du nombre de patients atteints du SIDA, des traitements de substitution (Subutex), des programmes d'échange de seringues et des équipements d'accueil à bas seuil ont été développés. La prévention à l'école est encore souvent prise en charge par la police.

Le 16 juin 1999 le gouvernement français a adopté le « **Plan Triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)** » qui avait été rédigé par la MILDT. Le plan est **novateur** et plaide pour une **approche pragmatique dans une perspective de santé publique**.

Les **grandes lignes du plan** sont les suivantes :

- L'usage de drogue reste interdit.
- L'appareil répressif tient davantage compte de l'aspect sanitaire.
- Une attention particulière est accordée à la polytoxicomanie et à l'usage de substances licites.

Le plan établit les **constatations suivantes** :

- La consommation de drogue évolue rapidement. Ainsi, l'usage d'héroïne diminue, mais celle des autres types de drogues augmente. L'usage de drogues légales s'accroît chez les jeunes.
- La recherche scientifique et les évaluations sont développées.
- L'information éducative ne remplit pas son rôle.
- L'harmonisation de l'action des différents acteurs est insuffisante.
- Les jeunes des quartiers à problème ont moins souvent recours au cannabis, à l'alcool et au tabac, mais davantage à d'autres drogues.
- Les programmes de prévention ne touchent qu'un tiers des élèves.
- L'harmonie entre l'appareil répressif et l'assistance doit être améliorée.
- L'offre d'assistance est bien développée mais trop axée sur la dépendance aux opiacés. L'assistance non catégorielle n'est pas assez ouverte aux toxicomanes.
- L'offre de soins applique une approche psycho-médicale et ne s'attache pas assez à l'accompagnement socioprofessionnel.
- La coordination nationale est déficitaire.

Le plan propose **huit orientations politiques** :

1. Connaître, savoir et comprendre

- Une programmation de la recherche scientifique consacrée aux drogues licites et illicites, étalée sur plusieurs années.
- Le monitoring permanent des modes d'usage de drogue et les drogues sur le marché noir au sein de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- L'évaluation permanente des mesures politiques, au départ d'indicateurs fiables, par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

2. Communication avec et information du grand public

- Une meilleure information du grand public au sujet de la drogue et des toxicomanies, des modes d'utilisation, de la législation en vigueur et des directives existantes par le biais de campagnes dans les médias, d'actions axées sur des groupes cibles spécifiques, d'un site Internet et d'un système d'accueil téléphonique et informatique (Drogues Info Service).

3. Davantage de prévention

- Rappeler les dispositions d'interdiction légales.
- Donner la priorité à la prévention ciblée sur les jeunes.
- Faire une distinction entre l'usage, l'usage nocif (consommation problématique) et la dépendance.
- Établir un guide de bonnes pratiques et un guide d'évaluation pour les projets de prévention.
- Dresser un plan de prévention départemental.
- Professionnaliser les acteurs de la prévention.
- Organiser des activités de prévention auprès des associations sportives et culturelles et pendant les activités festives et récréatives.
- Établir une circulaire pour les procureurs concernant l'usage de drogue en leur demandant d'éviter les peines de prison, de chercher le contact avec le secteur de l'assistance et de respecter les initiatives de réduction des risques.

4. Harmoniser les connaissances des différents acteurs

- Mettre en place une culture commune chez les professionnels de la prévention, de l'enseignement, de l'assistance et de l'appareil répressif, basée sur des connaissances validées.
- Donner une formation au personnel non spécialisé qui entre en contact avec des toxicomanes (dont les policiers et les gardiens de prison).
- Mettre au point une formation commune.
- Améliorer le recyclage.
- Organiser une formation universitaire, une formation continue en « addictologie » notamment pour les médecins et les pharmaciens.

5. Accueil, orientation, aide et réinsertion des usagers de substances psychoactives

- Accorder une attention permanente à la réduction des risques.
- Prévoir un accueil précoce pour les polytoxicomanes.
- Étendre la collaboration.
- Mettre en place une programmation régionale et départementale de l'assistance, sur la base d'une analyse des besoins.
- Souligner le rôle des hôpitaux.
- Étendre l'action des centres ambulatoires d'aide aux alcooliques à d'autres drogues.
- Donner un meilleur accueil aux détenus toxicomanes.
- Accorder davantage d'attention à la réinsertion.
- Mettre en place un meilleur accompagnement pour les patients qui suivent un traitement de substitution.
- Proposer une offre d'aide plus performante aux femmes enceintes.

6. Appliquer la loi et renforcer l'aspect répressif à l'encontre du commerce et du trafic

- Confirmer le statut prioritaire de la lutte contre le trafic de drogue dans la politique de poursuites.
- Prendre des mesures pour faire face au succès grandissant des drogues synthétiques (notamment sensibilisation des producteurs de précurseurs).
- Prendre des mesures destinées à combattre l'usage illégal de médicaments psychoactifs.

7. Coordination nationale et locale

- La MILDT assure la coordination nationale.
- Un « chef de projet » est chargé de la coordination locale.
- Dans chaque région ou département, un centre d'information sur les drogues et la toxicomanie est créé.

8. Collaboration internationale

- Accroître la collaboration avec l'Amérique centrale et du Sud, l'Asie du Sud-Est, la Russie et l'Ukraine.

5.2. *Chiffres-clés*

- Nombre de toxicomanes problématiques dans la catégorie d'âge 15-54 ans : 3,8 à 5,4 pour mille (moyen).
- Tendence de l'évolution du nombre de décès dus à la drogue : élevée mais en baisse.
- Prévalence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse : 15,5 à 18,3 % (élevée).
- Arrestations en raison d'infractions à la législation sur les stupéfiants : en hausse.

5.3. *Experts entendus*

Les contacts avec l'ambassade française n'ont pas abouti à l'audition d'experts français.

5.4. *Littérature*

- *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001*, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, La documentation française, Paris, 1999, 226 p.

6. **Grande-Bretagne**

*La note de politique du **gouvernement britannique** traduit les objectifs en indicateurs concrets (sur la base de données chiffrées), ce qui permet une évaluation des mesures politiques.*

6.1. **Politique**

Au Royaume-Uni, le gouvernement a établi, en avril 1998, une **note politique** comprenant un ambitieux **programme décennal de lutte contre l'abus de drogue**. Cette note politique est intitulée « *Tackling drugs to build a better Britain* ». Elle a été rédigée par le **coordonnateur national en matière de drogue**, Keith Hellawell. Il est chargé de donner des avis et recommandations au **premier ministre** qui coordonne la politique antidrogue au plus haut niveau. La politique en la matière est exécutée par différents ministres compétents qui travaillent en collaboration étroite avec des instances publiques et privées. Le **travail sur le terrain** est organisé de manière décentralisée par les « *Drug Action Teams* » qui sont des réseaux locaux d'institutions spécialisées, de volontaires, de parents et de jeunes. L'autorité fédérale libère **217 millions de livres** pour l'exécution du plan décennal; ces crédits sont affectés surtout aux parties du plan qui concernent la prévention et l'assistance. Des plans sont en voie d'élaboration (à un stade avancé) prévoyant l'affectation de l'argent de la drogue à l'assistance aux toxicomanes.

Le plan décennal se traduit par des **rapports annuels** qui donnent un aperçu des mesures exécutées au cours de l'année écoulée, ainsi que des objectifs et mesures spécifiques et concrètes pour les années suivantes. Les objectifs sont transposés en indicateurs (par exemple : « le nombre de jeunes de 11 à 16 ans qui consomment des drogues de la catégorie A devra diminuer de 20 % pour 2002 »). L'objectif consiste, bien entendu, à permettre une **évaluation** des mesures politiques et d'apporter éventuellement des ajustements à la politique menée. Le plan décennal et le rapport annuel **sont largement diffusés** par le biais de dépliants destinés spécifiquement à des populations cibles déterminées (décideurs, travailleurs de terrain, grand public, ...).

Le plan décennal poursuit un quadruple objectif :

- aider les **jeunes** à résister à l'abus de drogue de manière à ne pas compromettre leur épanouissement social;
- protéger les **communautés locales** contre les activités criminelles et antisociales liées à la drogue;
- développer une **offre d'assistance** adéquate et suffisante pour les toxicomanes afin qu'ils puissent mener une vie saine en dehors de la criminalité;
- réduire l'**offre de drogues illégales dans la rue**.

Le plan décennal stipule ce qui suit :

« **Aim 1** : *Young People* — *To help young people resist drug misuse in order to achieve their full potential in society*

Young people, and those responsible for them, need to be prepared both to resist drugs, and, as necessary, to handle drug-related problems. Information, skills and support need to be provided in ways which are sensitive to age and circumstances, and particular efforts need to be made to reach and help those groups at high risk of developing very serious problems. Prevention should start early, with broad life-skills approaches at primary school, and built on over time with appropriate programmes for young people as they grow older via youth work, peer approaches, training and wider community support. The aim is for approaches to be better integrated nationally and locally.

Aim 2 : *Communities* — *To protect our communities from drug-related anti-social and criminal behaviour*

Helping drug-misusing offenders to tackle their drug problems and become better integrated into society has a significant impact on levels of crime. Local partnerships can work successfully to tackle local drug problems, and to improve the quality of life for communities.

Aim 3 : *Treatment* — *To enable people with drug problems to overcome them and live healthy and crime-free lives*

Many of those with the most serious drugs problems have a range of other problems, including lack of housing or employment. We will ensure that specific, appropriate and timely help is provided to those with drug problems and that their needs are recognised and addressed by wider Government programmes.

Aim 4 : *Availability* — *To stifle the availability of illegal drugs on our streets*

Constant vigilance is needed to tackle availability where it matters most, close to home. It is crucial to gain a better understanding of which activities have the most impact on local availability and to pursue them, improving partnership between agencies along the way. ».

Au Royaume-Uni aussi, l'on a opté indéniablement pour une **approche intégrée et globale**. Une large attention est accordée à l'**épidémiologie, à l'évaluation et à la recherche scientifique**.

Remarquons aussi l'importance accordée à une **bonne communication avec la population**. Le gouvernement britannique ne désire pas seulement **donner à la population des informations claires et objectives sur les produits**, mais s'attache aussi à **commenter sa politique**.

Au Royaume-Uni, l'**usage de drogue n'est pas un délit**, à l'exception de la consommation d'opiacés. La **détention de drogue** est, par contre, punissable. Le **cannabis** se trouve sur la liste dite B des stupéfiants. Les **poursuites peuvent être abandonnées** lorsqu'il s'agit de la détention de petites quantités de drogue et de la consommation personnelle occasionnelle. Des **amendes** sont cependant souvent imposées, même lors de l'usage de cannabis. Le gouvernement actuel a laissé entendre qu'il approuvait les poursuites à l'encontre des toxicomanes.

6.2. Chiffres-clés

- Nombre de toxicomanes problématiques dans la catégorie d'âge 15-54 ans : 2,7 à 10,5 pour mille (élevé).
- Tendance de l'évolution du nombre de décès dus à la drogue : en légère hausse.
- Prévalence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse : 1,0 % (basse).
- Arrestations en raison d'infractions à la législation sur les stupéfiants : en forte hausse.

6.3. Experts entendus

Les contacts avec l'ambassade britannique n'ont pas abouti à l'audition d'experts britanniques.

6.4. Littérature

— Plan décennal européen : *Tackling Drugs To Build A Better Britain, the Government's 10-year Strategy for Tackling Drug Misuse*, The Stationery Office, Londres, 1998, 36 p. (<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/3945.html>).

— Directives pour les travailleurs de terrain concernant le plan décennal : *Tackling Drugs To Build A Better Britain, the Government's 10-year Strategy for Tackling Drug Misuse, Guidance Notes*, The Stationery Office, Londres, 1998, 52 p.

— Brochure pour la population : *Drugs, What the Government is Doing, the Government's 10-year Strategy for Tackling Drug Misuse*, The Stationery Office, Londres, 1998, 5 p.

— Premier rapport : *First annual report & national plan, The United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator, Cabinet Office, Central Office of Information*, Londres, 1999, 19 p.

7. Union européenne

L'Union européenne dispose d'un **Plan d'action en matière de drogue 2000-2004**. Ce plan d'action s'inscrit dans le prolongement du **Plan d'action 1994-1999**. Les **objectifs principaux** du nouveau Plan d'action sont :

— l'amélioration de l'**échange d'information** dans l'Union européenne, entre autres afin de permettre une meilleure évaluation de la politique;

— **la réduction de la demande**, notamment par une amélioration de la prévention et de l'assistance;

— **la réduction du commerce** par un meilleur contrôle des précurseurs, du blanchiment des capitaux et du trafic via Internet et par l'exécution du Plan d'Action contre la criminalité organisée;

— l'intensification de la **collaboration internationale**;

— la **coordination des différents forums européens** dont l'activité touche au domaine de la drogue.

Depuis 1996, l'Union européenne finance, par l'entremise du **Programme d'action Prévention des Toxicomanies**, des projets possédant une indéniable dimension européenne et qui se situent sur le plan de la recherche, de l'évaluation, de l'information et de la formation. La Semaine européenne de prévention de la drogue est l'une des composantes de ce programme.

L'**Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies** (Lisbonne) a pour objectif de fournir aux États membres des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen. À cet effet, le centre rassemble des données, participe à l'amélioration de la méthodologie de collecte des informations et diffuse ces données par le biais du « Rapport annuel ».

L'union européenne développe actuellement un **Plan d'action Alcool 2000-2005** qui s'inscrit dans le prolongement du **Plan d'action Alcool 1995-2000**. L'**objectif principal** de l'ancien Plan d'action était de diminuer l'abus d'alcool et de faire ainsi baisser le nombre de personnes dépendantes de l'alcool. Ledit plan n'était toutefois **pas intégré** dans le Plan d'action Drogue.

Enfin, l'Union européenne est aussi très active **sur le plan international** et accorde un soutien important non seulement aux pays d'Amérique latine mais, depuis peu, aussi aux pays d'Asie centrale et aux pays africains, dans la mise au point de leurs **plans nationaux antidrogue**.

8. Conseil de l'Europe

Le **Groupe Pompidou** est un groupe de travail permanent du **Conseil de l'Europe**. Quelque 27 pays en sont membres. Les réunions se déroulent en présence d'un certain nombre d'organisations internationales. Au sein du Groupe Pompidou, des experts et des décideurs politiques de différents pays échangent leurs connaissances et expériences. Ces activités sont chaque fois concrétisées par la prise d'initiatives communes. Une **Conférence interministérielle** a lieu tous les trois ans. Cette année, elle s'est déroulée à Sintra au Portugal (11-13 octobre 2000).

9. Nations Unies

Les **principales réunions** dans le cadre des Nations Unies sont les **Séances spéciales de l'Assemblée générale**. En juin 1998, la communauté internationale a souscrit à l'importance d'une approche globale et intégrée axée sur une baisse tant de la demande que de l'offre.

L'**OICS contrôle le respect des conventions des Nations Unies** en matière de drogue et de précurseurs.

Le **PNUCID** est l'**organe exécutif** des Nations Unies dans le domaine de la lutte contre les drogues et la toxicomanie. Il aide les pays à implémenter les conventions des Nations Unies et à développer une politique nationale en matière de drogue. Le PNUCID réalise aussi des projets dans les pays en voie de développement (par exemple, la promotion des cultures de substitution). La Belgique est l'un des « pays donateurs majeurs » du PNUCID. Lors d'une récente visite, le directeur du PNUCID a demandé à notre pays de participer plus activement aux activités d'une série d'organes internationaux et, plus particulièrement, de diffuser les résultats des efforts consentis sur le plan de la « réduction de la demande ».

ANNEXE 2

La réponse pénale à la consommation de drogues

PREMIÈRE QUESTION : QUELLE EST LA MARGE DE MANŒUVRE POUR UNE POLITIQUE À LA LUMIÈRE DES TRAITÉS INTERNATIONAUX (ONU, SCHENGEN) ET DE LA POLITIQUE EUROPÉENNE EN MATIÈRE DE DROGUES ?

1. Les traités internationaux

Les Nations Unies elles-mêmes et l'ensemble des experts internationaux en matière de législation et de traités relatifs aux drogues s'accordent sur les conclusions suivantes :

- s'agissant de la possession de cannabis pour un usage personnel, seuls le Traité des Nations Unies relatif au trafic de drogues de 1988 (articles 3, 2, 4 (c) et (d)) et l'accord d'exécution Schengen (1990) (article 76) sont pertinents;
- l'analyse de ces dispositions nous permet de tirer les conclusions suivantes :

1. Nous avons le choix entre la voie pénale ou la voie de droit administratif :

- la voie pénale permet le recours au principe d'opportunité, ce qui, pour certaines formes de possession, conduit *de facto* à la dépenalisation (pas de sanction pénale étant donné qu'il n'y a pas de poursuites). Nous pouvons fortement différencier et individualiser la réponse pénale. Les possibilités sont très nombreuses;

- la voie de droit administratif offre également un large éventail de sanctions administratives qui peuvent également être individualisées dans une certaine mesure.

Il convient cependant d'épingler que la voie administrative intervient de manière plus marquée que le traitement pénal stéréotypé et qu'elle ne connaît pas de principe d'opportunité.

La police est obligée d'établir l'infraction administrative (il n'y a pas d'unité de recherche et de poursuite comme c'est le cas dans le circuit pénal) et l'instance administrative doit trancher.

La pratique dans une série d'États de l'Union européenne (voir plus loin) nous révèle en outre que l'on recourt souvent de manière stéréotypée aux amendes administratives. Cette sanction est généralement déconseillée par rapport aux consommateurs de drogue.

2. L'article 76 de la convention d'exécution de Schengen impose le bon voisinage :

Les États membres de Schengen qui souhaitent mener en matière de drogues une politique plus tolérante que les États membres limitrophes doivent veiller à ce que les États membres limitrophes n'en subissent pas les effets dommageables (entre autres le tourisme de la drogue et les nuisances consécutives).

SOURCES

- De Ruyver, B., « *Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en VN perspectief.* », *Vlaams Parlement*, september 2000, Brussel, 15p.
- De Ruyver, B., « *Drugsbeleid in de Europese Unie* », *Gedr. St. Kamer*, 1997, n° 1062/3, p 107.122.
- *Ministerie van Justitie Nederland, Notitie gedoogbeleid cannabis.*, 2000, p. 8.
- De Nauw, A., « *Drugs* », *APR*, 1998, p. 4.
- Silvis, J., « *De internationale juridische speelruimte voor Nederlands drugbeleid.* » in Blom, T.; De Doelder, H. en Hessing, D.J. (eds.), *Naar een consistent drugbeleid. Een congresverslag.* Deventer, 1996, p. 221-223.
- Arnao, G., « *The Single Convention and drug policy reform.* », *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, N° 3, 1999, p. 173.
- Krajewski, K., « *How flexible are the United Nations drug conventions ?* », *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, N° 4, 1999, p. 332.
- United Nations, *Commentary on the United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances 1988*, United Nations, New York 1998, p. 85-89.

2. La politique européenne en matière de drogue

— La plupart des pays européens accordent la plus petite priorité de poursuite à la possession de petites quantités de cannabis pour une consommation personnelle (par exemple la Belgique) ou n'initient pas de poursuite à l'égard de ce type d'actes (les Pays-Bas, le Danemark, la Grande-Bretagne, l'Autriche) ou infligent des amendes financières pour une première

infraction de détention de cannabis pour une consommation personnelle (Irlande) ou renvoient cette catégorie de contrevenants aux structures d'aide et d'accompagnement (Suède, France).

— À l'exception de l'Espagne, de l'Italie — et à l'avenir — du Portugal, tous les États membres de l'Union européenne suivent la voie pénale. Ces trois pays ont criminalisé une série d'actes et leur ont conféré le statut d'infraction administrative pour laquelle une sanction administrative est prévue.

— Espagne :

– la culture et l'achat sont pénalisés mais la jurisprudence espagnole et la pratique démontrent qu'en réalité on ne pense pas que ces actes devraient être punis;

– la possession et la consommation dans des lieux publics sont punies administrativement;

– la Cour Suprême espagnole a décidé le 28 septembre 1999 qu'est punissable la détention pour consommation personnelle, y compris dans la sphère privée.

— Italie :

– L'importation, le fait de se procurer et la détention pour consommation personnelle sont des infractions administratives sanctionnées administrativement entre autres par des amendes et le retrait de toute une série de permis, par exemple le permis de conduire ou le permis de port d'arme.

SOURCES

— Dorn, N.en Jamison, A., « *Room for manoeuvre. Overview of comparative legal research into national drug laws of France, Germany, Italy, Spain, the Netherlands and Sweden and their relation to three international drugconventions, (based on research by an international team Yann Bisiou (France), Tom Blom (The Netherlands), Lorenz Böllinger (Germany), Maria Luisa Cesoni (Italy), José Luis de la Cuesta and Isidoro Blanco (Spain), and Josef Zila (Sweden))* », London, 2000, 24p.

— De Ruyver, B., *Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en VN perspectief, Vlaams Parlement, september 2000, Brussel.*

— *Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie, Lissabon 2000.*

3. Conclusion

— Le Traité des Nations Unies de 1988 relatif au trafic de drogue oblige la Belgique à opposer une réaction juridique à la détention de drogue — y compris du cannabis — pour une consommation personnelle.

— **Une décriminalisation est possible mais dans ce cas, on est obligé de faire de la détention de drogue pour une consommation personnelle une infraction administrative et de prévoir une sanction administrative comme ce fut déjà le cas dans quelques pays de l'Union européenne.**

— **À la lumière de la philosophie de l'*ultimum remedium* et du souci d'une réponse sociale individualisée et adéquate, il convient de préférer la voie pénale au traitement administratif. Pénalement, le principe de l'opportunité peut être utilisé et on dispose d'un large éventail de possibilités de traitement individualisées. Les expériences espagnole et italienne démontrent qu'une sanction administrative est principalement de nature patrimoniale.**

MODIFICATION DE LOI ET DIRECTIVE GOUVERNEMENTALE CONTRAIGNANTE À L'ATTENTION DES AUTORITÉS JUDICIAIRES, DES AUTORITÉS ADMINISTRATIVES ET DES SERVICES DE POLICE COMPÉTENTS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT DE QUESTIONS LOCALES LIÉES À LA DROGUE, PLUS SPÉCIFIQUEMENT LA CRIMINALITÉ ET LES NUISANCES LIÉES À LA DROGUE

1. Principes

Une modification apportée à la **Loi drogue** du 24 février 1921 en ce sens qu'on opère une distinction entre le cannabis et les autres drogues illégales et que la consommation en groupe de drogues illégales n'est plus pénalisée. Le gouvernement édicte en application de l'article 1^{er} de la loi de 1921 une directive contraignante qui oblige le gouvernement et l'ensemble des acteurs de la politique — tant administratifs que pénaux —, à procéder à la mise en œuvre d'une politique en matière de drogues qui intègre la prévention, l'aide et la protection de la société dans un concept de politique.

Cette directive, qui est intégrée légistiquement dans un arrêté royal ne traitant que de la problématique du cannabis, constitue un instrument adéquat pour répondre avec souplesse aux rapides évolutions qui caractérisent le phénomène de la drogue.

Cette directive est la traduction en termes de politique des **recommandations formulées par le groupe de travail parlementaire « Drogue »** de la Chambre des représentants de Belgique qui présenta son rapport le 5 juin 1997 (Doc. parl., Chambre, 1996-1997, nos 1062/1 à 3). Vous trouverez ces recommandations en annexe. Cette directive tient compte de l'étude d'évaluation portant sur l'application de la précédente directive (la directive du 8 mai 1998 relative à la politique de poursuite en matière de détention et de vente au détail de stupéfiants illégaux).

L'étude d'évaluation a révélé qu'une **répression non uniforme** de la consommation de drogue par les différents parquets demeure. Tant **l'éventail de mesures** présentées dans la directive du 8 mai 1998 que **les critères vagues et le cadre**

conceptuel susceptible de faire l'objet d'interprétations différentes se sont avérés insuffisants à cet égard. Cette directive essaie d'indiquer plus clairement quelles sont les marges d'appréciation dans le cadre de la politique de recherche et de poursuite. Elle doit exclure les différences d'interprétation autant que faire se peut afin d'aboutir à une application uniforme.

De plus, et cet élément ressort de l'étude d'évaluation, les **poursuites** et la **peine de prison** sont utilisés assez souvent, bien que le groupe de travail parlementaire ait conclu qu'une intervention répressive à l'égard d'un(e) consommateur(trice) de drogue n'est justifiée que lorsque l'intéressé a également commis des infractions qui perturbent l'ordre public et requièrent une réponse sociale.

En outre, il convient de tenir compte de la nouvelle organisation des services de police ainsi que des nouvelles structures mises en place dans ce cadre.

La gestion de problèmes locaux dans le cadre desquels la prévention, l'aide, la gestion de risque et la lutte contre les nuisances criminelles et autres doivent aller de pair, est une mission contraignante dévolue aux autorités administratives locales en concertation avec le procureur du Roi qui est responsable de la politique de recherche et de poursuite. La concertation zonale de sécurité est le *forum* indiqué pour mener une politique locale intégrée en matière de drogue. Les services de police doivent obtenir de leurs autorités dirigeantes des instructions claires.

La politique en matière de recherche et la politique en matière de poursuite sont considérées comme les **composantes d'une politique**. La politique en matière de recherche doit être une dérivée de la politique en matière de poursuite.

L'accent est mis sur l'application de l'**article 151, § 1^{er}, de la Constitution** et de l'**article 143ter, second alinéa, du Code judiciaire**. La directive est contraignante pour l'ensemble des membres du ministère public. Il revient bien évidemment au ministère public d'apporter la preuve du délit lié à la drogue qu'il souhaite poursuivre.

La directive cadre dans une **politique de normalisation**, ladite troisième voie entre la prohibition et l'anti-prohibition, axées sur une gestion rationnelle des risques et fondée sur trois piliers : la prévention, l'aide et la répression. L'importance d'une **intervention rapide des structures d'aide** est soulignée. La politique pénale pratiquée à l'égard des consommateurs de drogue doit être basée sur les principes suivants :

1. L'intervention pénale vis-à-vis du (de la) consommateur(trice) de drogue constitue toujours le **remède ultime**. Hormis des situations à risque spécifiques, comme la conduite sous influence et le fait de causer des nuisances sociales, la consommation de drogue ne constitue pas en soi un motif d'intervention répressive.

2. **L'intervention pénale** tient compte de la situation individuelle de l'intéressé. Les consommateur(trice)s plus difficiles qui entrent en contact avec la police ou la justice seront orientés vers des structures d'aide. Les points de départ sont le volontariat et le respect pour la finalité de la justice d'une part et l'aide d'autre part.

3. L'assuétude **ne constitue en rien un motif justifiant que l'on excuse un comportement criminel**.

Le **ministre de la Justice et le Collège des procureurs généraux** édicteront une **nouvelle directive** qui correspond à la modification de loi et aux principes et règlement fixés dans l'arrêté royal évoqué plus haut.

2. Principes de la politique de poursuite

Dans le cadre de la recherche et de la poursuite, une distinction est opérée entre le cannabis et d'autres drogues d'une part et les trois catégories de délits liés à la drogue d'autre part.

A. Cannabis

CATÉGORIE 1 : DÉTENTION POUR CONSOMMATION PERSONNELLE

Quoi : Une dose de consommation ou une quantité dont on peut raisonnablement penser qu'elle n'est pas destinée à la vente.

Recherche : la police

— Constat :

– On ne dresse plus de procès-verbal, il y a cependant un enregistrement par la police avec un rapport mensuel au procureur du Roi de sorte que l'on puisse suivre les développements sur le terrain.

– Pas de saisie.

— Exception : Procès-verbal ordinaire avec rapport circonstancié dans les cas suivants :

1. indices attestant d'une consommation problématique;
2. nuisances sociales (la consommation en présence de mineurs et dans des situations de nuisances publiques telles que décrites dans la loi communale).

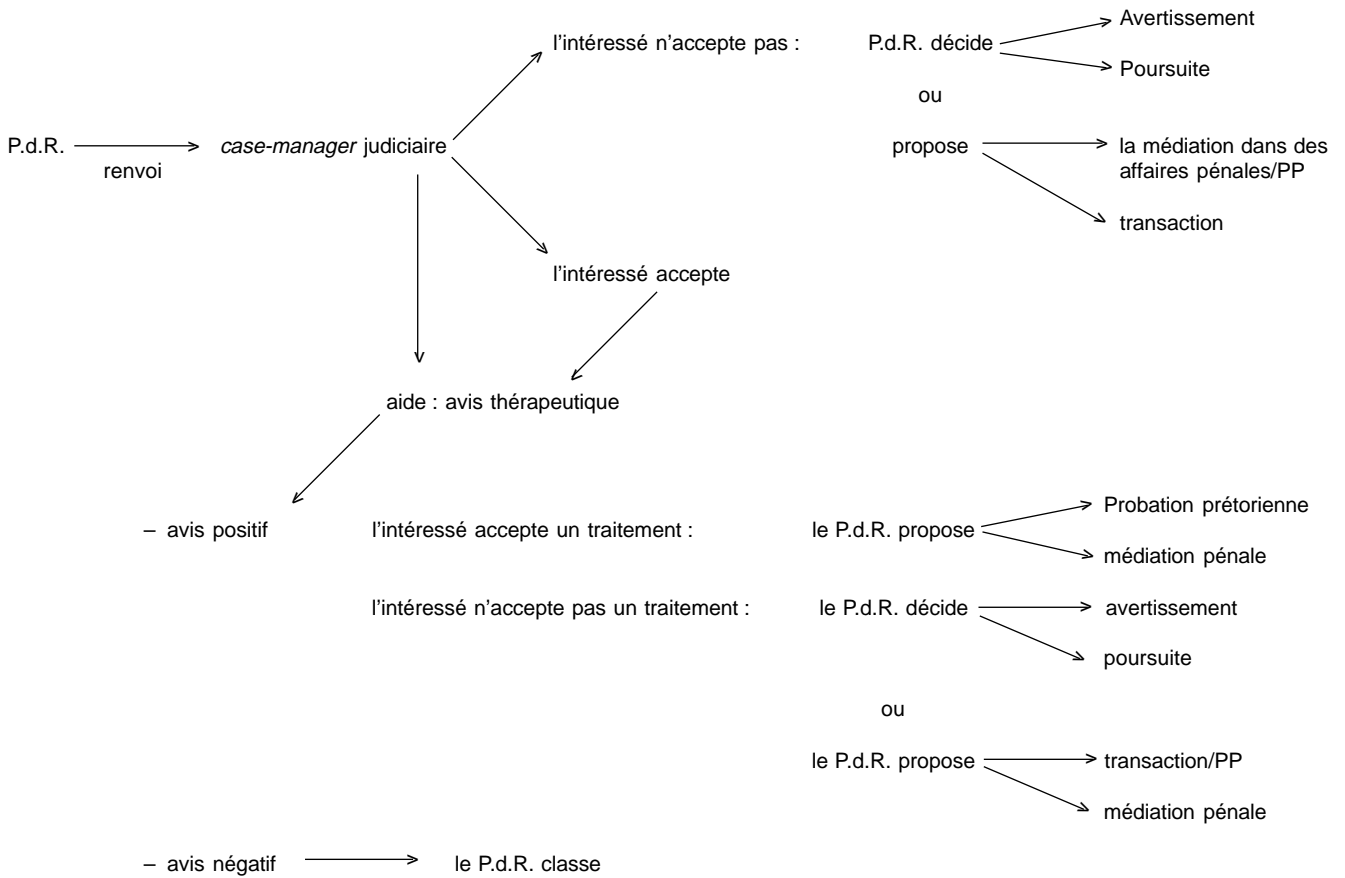
Politique de recherche :

— priorité aux situations de nuisances, entre autres les concentrations de consommateurs et de dealers;

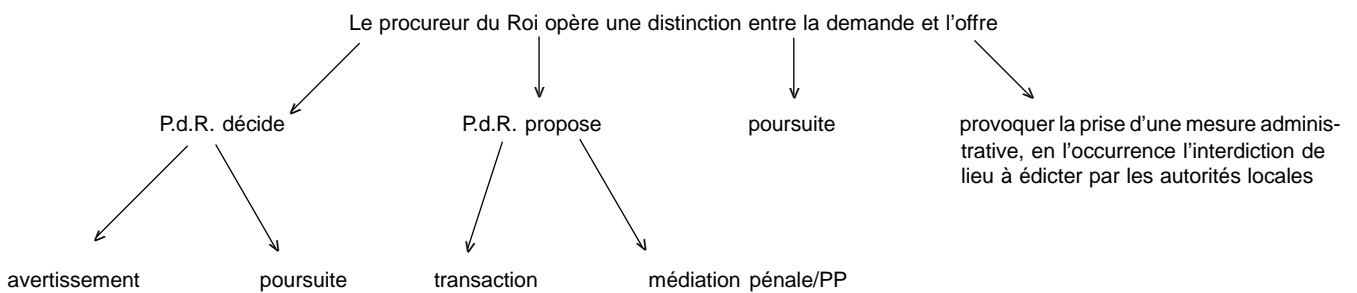
— priorité aux situations à risque (entre autres la consommation de cannabis dans la circulation, la vente aux alentours des écoles et à proximité des concentrations de jeunes).

Poursuite : procureur du Roi

1. Indices de consommation problématique



2. Situation de nuisances



CATÉGORIE 2 : L'IMPORTATION, LA FABRICATION, LE TRANSPORT, LA DÉTENTION D'UNE QUANTITÉ DE DROGUE QUI DÉPASSE LE QUALIFICATIF « DÉTENTION POUR CONSOMMATION PERSONNELLE » OU LORSQUE CES DÉLITS LIÉS À LA DROGUE SONT COMMIS DANS LE CADRE DES CIRCONSTANCES AGGRAVANTES PRÉVUES DANS LA LOI DROGUE (PAR EXEMPLE EN PRÉSENCE DE MINEURS).

Recherche : la police

— Constat :

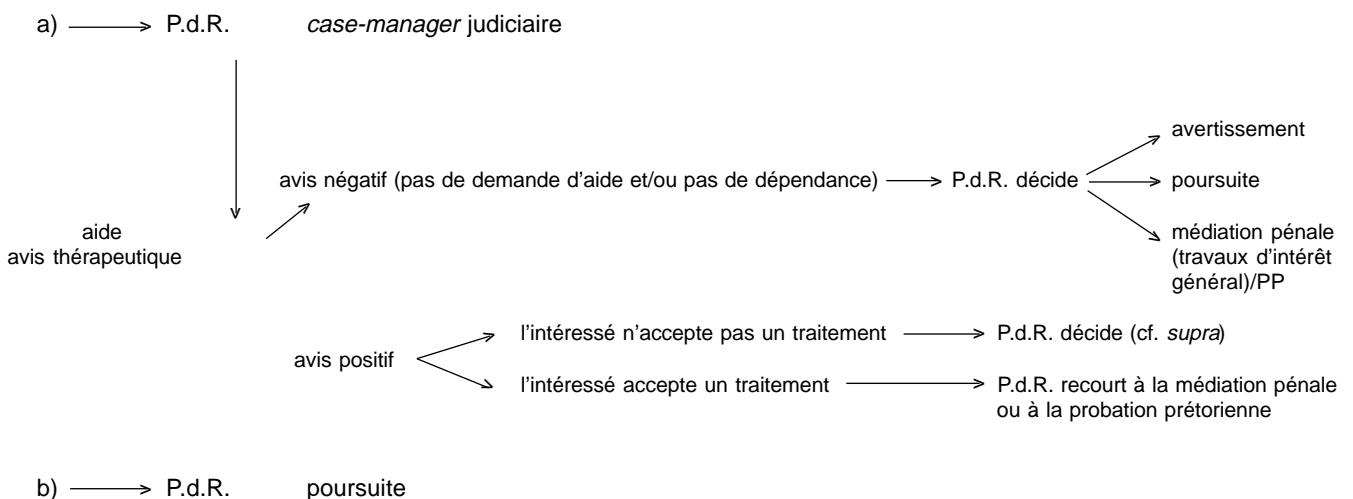
- Procès-verbal ordinaire avec mention claire des quantités de drogue saisies.
- La présence d'indices de consommation problématique est mentionnée de manière circonstanciée dans le procès-verbal.
- Politique de recherche :
- est axée prioritairement sur les grands dealers;
- est axée prioritairement sur les situations de nuisances (cfr. *supra*);
- est axée prioritairement sur les situations à risque (cfr. *supra*).

Poursuite : procureur du Roi

Une distinction peut être opérée entre :

1. Les délits prévus dans la catégorie 2 qui sont commis afin d'assurer sa consommation personnelle

Dans ce cas, deux options s'offrent à nous. Le choix est déterminé par la présence d'une consommation problématique ainsi que par la gravité des faits.



2. Les délits prévus dans la catégorie 2 sont commis dans un but purement lucratif ou avec les circonstances aggravantes prévues dans la loi Drogue

Procureur du Roi initie des poursuites.

CATÉGORIE 3 : DÉLITS LIÉS À LA DROGUE AUTRES QUE CEUX PRÉVUS AUX CATÉGORIES 1 ET 2

Délits visés :

- Délits d'acquisition graves (vol à la tire, attaque à main armée).
- Délits expressifs graves (coups et blessures, menaces graves, prise d'otage).
- Délits consensuels graves.
- (* appartenance à une organisation criminelle impliquée dans la production de drogue (trafic de drogue))
- (* production et commerce à grande échelle)

Recherche : la police :

- Politique de recherche : attention prioritaire.
- Constat : Procès-verbal ordinaire. S'il y a dans le chef de l'auteur des délits des indices de consommation problématique, il en fait mention dans le procès-verbal de manière circonstanciée.

Poursuite : procureur du Roi :

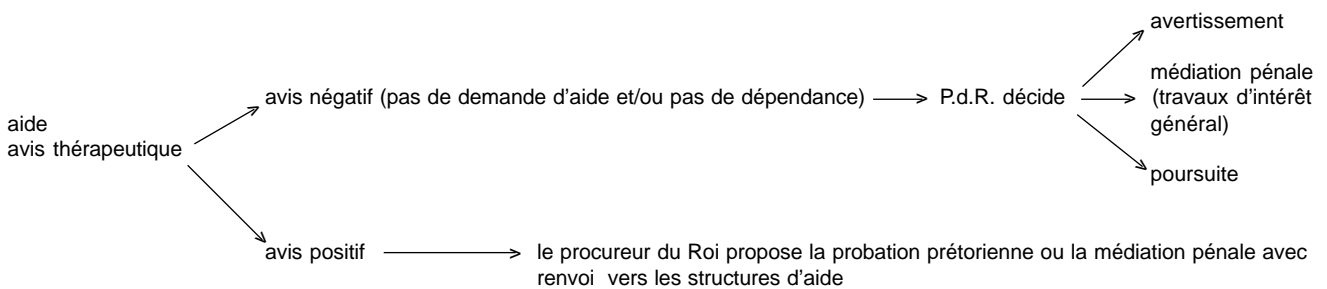
- Lors de l'appréciation de cette catégorie de délits, le procureur du Roi tiendra compte des considérations suivantes :
- Le fait qu'un délit soit lié à la drogue n'est pas constitutif d'une circonstance atténuante ou n'excuse pas l'auteur des faits. En d'autres termes, dans le cadre de l'appréciation, le procureur du Roi tiendra compte de la gravité des faits.
- Le procureur du Roi tiendra également compte de l'existence d'une consommation problématique. Les prémisses de protection de la société (gravité des faits) et une intervention thérapeutique individualisée et aussi rapide que possible (consommation problématique) seront conciliées dans la mesure du possible.

Les procureurs du Roi opèrent une distinction entre :

1. Des délits liés à la drogue dans le cadre desquels il existe des indices de consommation problématique dans le chef de l'auteur du délit

a) Le procureur du Roi juge que la gravité des faits imputés n'empêche pas un traitement individualisé, le cas échéant dans une optique thérapeutique.

P.d.R. —> *case-manager* judiciaire



b) Le procureur du Roi juge que la gravité des faits, liée ou non au danger social que représente l'auteur du délit, ne permet pas un traitement individualisé au niveau des poursuites.

————> Poursuite en raison de la gravité des faits

Remarque : cela n'exclut pas que dans le cadre de l'exercice de l'action publique, le procureur du Roi marque son accord avec une suspension probatoire ou un report de probation. La décision revient bien évidemment au juge pénal.

2. Des délits liés à la drogue dans le cadre desquels il n'existe pas d'indices de consommation problématique dans le chef de l'auteur du délit

————> Poursuite en raison de la gravité des faits

B. *Autres drogues illégales*

Quoi : une dose de consommation

Recherche : la police

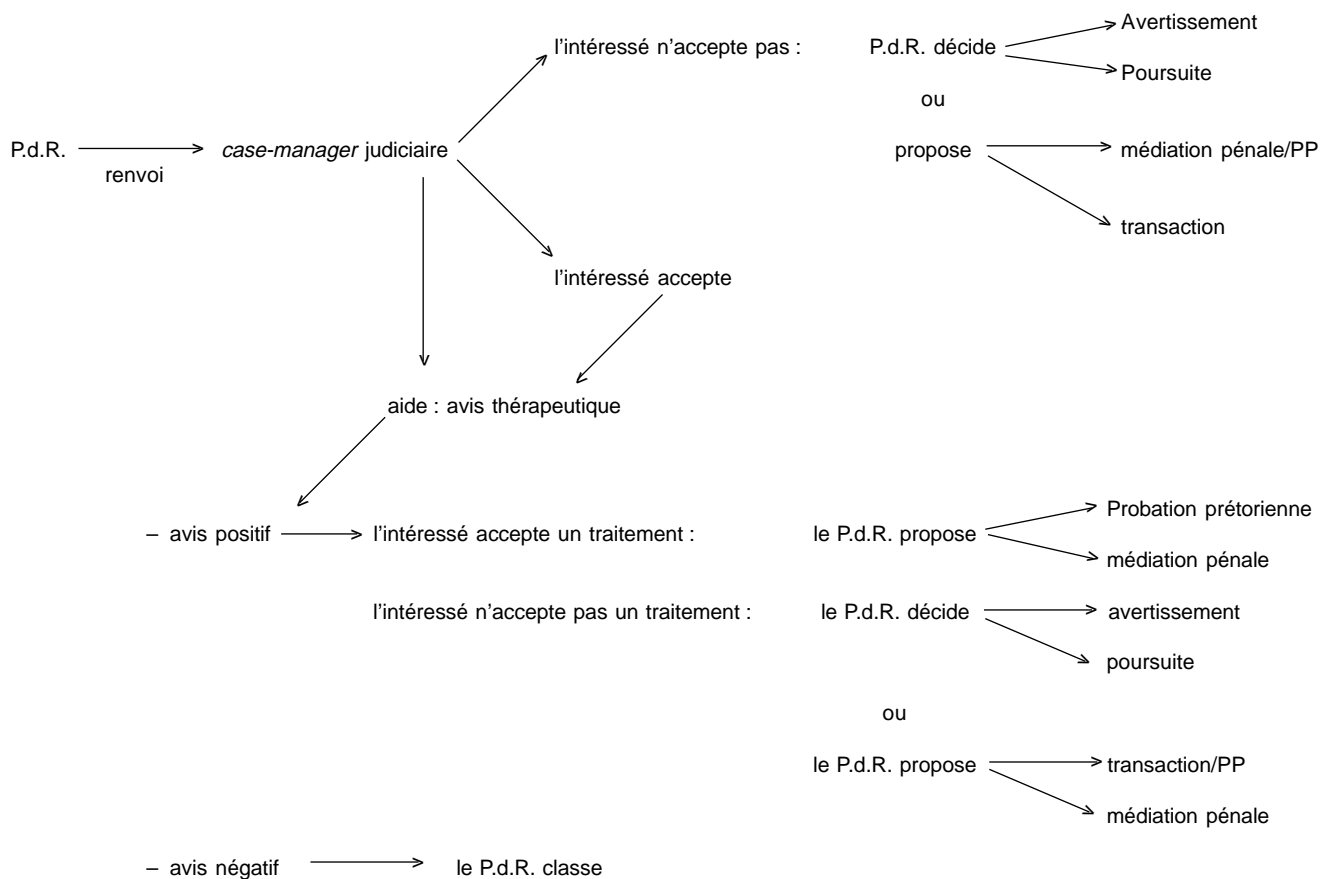
- Lors du constat :
- Procès-verbal ordinaire.
- En cas de consommation problématique, de nuisances ou de situations à risques, cela est consigné dans le procès-verbal.

Politique de recherche :

- Priorité aux situations de nuisances (entre autres les concentrations de consommateurs et de *dealers*).
- Priorité aux situations à risque (entre autres *dealer* à proximité des écoles et des concentrations de jeunes).

Poursuite : procureur du Roi

1. Indices de consommation problématique



2. Situations de nuisances

