

# Note politique du 19 janvier 2001 : les commentaires d'Infor-Drogues

*Les commentaires d'Infor-Drogues sont intégrés à la présente note aux endroits adéquats. Vous les trouverez dans la couleur rouge.*

---

## Note politique du Gouvernement fédéral relative à la problématique de 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

Etant 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 (légal et illégal), 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 FB** 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 **Evaluation 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, 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 plates-formes 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. Evaluation / Epidémiologie

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 formes 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.

Etant 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 autre 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, 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.

A 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 Habitation protégée (chiffres 1998 : troubles liés à la toxicomanie comme diagnostic principal)

*total*: 2.735.000432 BEF

- ◆ Sections psychiatriques des hôpitaux généraux :  
total 665.805.954 BEF (= 12.814 traitements \*10 journées d'hospitalisation \*5511 BEF (prix de journée)
- ◆ Hôpitaux psychiatriques :  
total: 1.866.225.582 BEF (=15.552 traitements \* 27 journées d'hospitalisation \*4453 BEF (prix de journée)
- ◆ Maisons de soins psychiatriques:  
  
total: 122.355.896 BEF (=152 traitements \*247 journées d'hospitalisation \*3259 BEF (prix de journée)
- ◆ Habitations protégées :  
total : 80.613.000 BEF (=568 traitements \*175 journées d'entretien \* 811 BEF (prix de journée)

#### Conventions INAMI (chiffres pour 1999)

*total* : 908.892.600 BEF

- ◆ 659.250.102 BEF pour l'accueil en institution (8 centres d'intervention de crise et 14 communautés thérapeutiques)
- ◆ 249.642.498 BEF pour les centres ambulatoires (8 MASS et 6 centres de jour)

Les centres résidentiels ont traité 1134 patients, les centres ambulatoires 3248 (dont 2672 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 BEF

- ◆ 67.500.000 BEF 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 BEF 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 BEF

77.600.000 BEF : coordination VAD et commande de projets

15.000.000 BEF : plate-formes de prévention provinciales (6\*2.500.000)

SPP (chiffres 1999)

*total* : inconnu (budget total pour toutes les missions : 104.800.000 BEF)

Communauté française (chiffres 2000)

*total* : 50 millions BEF

Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (chiffres 2000)

*total* : 20 millions BEF + un montant inconnu

20 millions BEF : conventions CGC concernant l'harmonisation régionale (alcool et autres drogues)

1,27 milliards : budget global agréments CGC dont 10 travailleurs de prévention

Région wallonne (chiffres 2000)

*total* : 50 millions BEF

Région Bruxelles Capitale

*total*: inconnu

Reitox : (épidémiologie européenne, chiffres 2000)

*total* : 12.293.000 BEF

Dont:

2.127.000 BEF pour l'Observatoire européen

10.166.000 BEF pour les Communautés

Commission Communautaire française

*Total*: inconnu

Communauté germanophone (chiffres 2000)

*total* : 6.900.000 BEF

- ◆ ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung / asbl prévention primaire de drogues) : 3,7 millions BEF
- ◆ SPZ (Sozial-Psychologisches Zentrum / centre de santé mentale, prévention secondaire) : 2,8 millions BEF
- ◆ Mondorfer Gruppe /Groupe de travail Mondorf de la région Sarre-Lor-Lux : 0,4 millions BEF

Commission Communautaire commune (chiffres 2000)

*Total*: 6.475.00 BEF (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 attrayants. 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. Evaluation / Epidémiologie

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 (K.U.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'U.L.B. 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'Epidémiologie (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'Etat.

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 madame 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. A 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 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). A 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'A.R. **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**

### **3.4.1. 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 (art. 458 CP) dans l'interaction justice-assistance doit être précisée. A 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 1er 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. A 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. A 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. A 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"**. A 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 cannabis. 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. A 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 art. 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**. A 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 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 P.V.

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 ce concept.

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. A 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. Etant 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. A 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**

A 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. 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 Drogue) / 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 Drogue** chargée d'étayer la politique menée.

**L'objectif** visé est la réalisation d'une politique globale et intégrée. La Cellule Drogue sera ainsi composée de représentants de **toutes les autorités compétentes** (Etat fédéral, Communautés et Régions). La direction de la Cellule Drogue sera assurée par un(e) coordonat(eu)r(ice) en matière de drogues, compétent(e) pour coordonner la politique en matière de drogues. La Cellule Drogue 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** (Etat fédéral – Communautés - Régions). Les parties signataires s'engagent à **mettre leurs stratégies en concordance par la concertation, sur 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 Drogue 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).

*La « Cellule Drogue » serait une avancée considérable. Ses missions sont vastes : il est prévu qu'elle fasse un inventaire des autorités, des services publics, des centres d'aide, des institutions agréées ou subventionnées,... Comme à l'heure actuelle aucun inventaire de ce type n'existe, il est positif de s'en préoccuper. La « cellule drogue » peut aussi rédiger des propositions dans le but d'harmoniser la politique en matière de drogue, des propositions d'accords de coopération,... Dommage, toutefois, que ce ne soit que des propositions, elles n'auront aucun effet contraignant. Les personnes ou institutions qui les reçoivent peuvent très bien ne pas en tenir compte.*

*La FEDITO pense que cette cellule devrait être un « organe strictement politique mais non dénué de liens avec les experts du terrain, qui aurait pour finalité de mettre en place des structures de coordination et de coopération plus cohérentes » (FEDITO, Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes, « courrier adressé à Magda Alvoet, Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé Publique et de l'Environnement concernant la note fédérale relative à la problématique de la drogue »).*

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**.

*La première version de la note prévoyait que l'accord de coopération se ferait vers la fin 2000 et que la Cellule drogue puisse entamer ses activités vers la fin 2001. Au vu du retard de la note officielle, la création et la mise en route de la cellule drogue risquent aussi de prendre du temps. Sa parution tardive est due au désaccord entre le cabinet du ministre de la Justice et celui de la Santé publique. Nous pouvons déjà penser que cette cellule, qui reprend toutes les autorités compétentes dans cette matière, aura de grandes chances de fonctionner au ralenti vu les divergences d'opinion qui cohabiteront en son sein.*

*Préalablement à la « cellule drogue », une « Cellule Politique de Santé Drogue » sera créée. Son unique mission est très intéressante, à savoir la mise au point d'une politique de santé intégrée à l'égard de la problématique drogue. Pour Infor-Drogues, une politique de santé globale en matière de toxicomanie est LA seule façon d'aller de l'avant (l'homme et sa santé au centre des préoccupations). L'approche santé est mise en avant pour contrer l'approche justice. Cette cellule a un autre avantage : sa création est prévue à la suite d'un accord de coopération entre le niveau fédéral et les entités fédérées. Il n'y aura probablement pas de clivage entre le côté nord et le côté sud.*

## ➤ **Budget estimé**

**Cellule Politique de Santé Drogue:** 7 millions BEF per 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.

*L'ancienne note prévoyait une somme de 13.000.000 FB pour la « cellule drogue ». Maintenant aucun budget n'est prévu ! Même si la mise en route d'une telle entreprise prend du temps, il est nécessaire de prévoir une somme à sa création.*

**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).

*La relation justice-assistance est organisée. La notion d'assistance peut recouvrir un champ très large. Dans la note, elle est définie comme : « accueil d'urgence, accueil de crise (orientation par la police, mise en liberté sous conditions), ... ». C'est une définition en rapport directe avec le système judiciaire.*

*L'« assistance dans le cadre de la réaction de l'appareil judiciaire » n'est pas de l'assistance au sens du secteur sanitaire : elle n'a pas d'objectif et de finalité propre.*

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.

*Le « droit de refuser des clients » reconnu dans une note est un avantage considérable pour le secteur sanitaire. C'est une protection contre l'ingérence de la justice.*

*Toutefois, pour le « client » c'est moins positif. Le risque, ici, serait, à côté de l'assistance traditionnelle, financée par les politiques de Santé et de bien-être, de voir émerger un secteur de l'assistance entièrement aux ordres de la justice. Ces travailleurs ne serait probablement pas soumis au secret professionnel, uniquement là dans un but de contrôler le « client » (voir la définition de l'assistance prévue par la note plus haut) et, souvent, forceraient le « client » à un traitement (or il est bien connu maintenant que les traitements obligatoires n'ont aucune chance de succès). Cette assistance existerait dans un but louable (ne pas mettre les gens en prison) mais avec des moyens controversés...*

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**.

*C'est important de délimiter clairement la relation du système judiciaire avec les partenaires sociaux, compris ici dans un sens large. Chacun sa sphère de compétence, chacun ses principes, chacun sa logique d'action. C'est donc un point positif, surtout quand on remarque la situation confuse qui règne avec les travailleurs des contrats de sécurité et de société. Ils sont pris entre le secteur judiciaire et le secteur de l'assistance. Eux-mêmes ne savent pas dans quelle logique ils doivent travailler (répressive et n'ayant aucun secret professionnel ou sociale et ayant un secret professionnel). Cette situation a entraîné le discrédit de tous les travailleurs de ces contrats de sécurité et de prévention (à voir aussi à la page 37), les travailleurs de rue ayant du souvent briser le secret professionnel.*

*Des accords concernant le secret professionnel vont être conclus.*

*Donc aux deux questions posées plus haut par la note Alvoet, nous pouvons répondre :*

- *« Qui est tenu au secret professionnel et qui ne l'est pas ? » Nous espérons vivement que, ceux pour qui c'est négatif, ils ne soient pas considérés comme faisant partie de l'assistance et soient identifiés comme tel (par exemple le port de l'uniforme ou d'un insigne).*
- *« Quelles sont les informations qui relèvent du secret professionnel et qu'elles sont celles qui ne le sont pas ? » : pour les personnes soumises au secret professionnel, il est important de ne pas atténuer, toutes les informations qu'elles recueillent doivent être de nature confidentielle.*

*L'idéal pour Infor-Drogues, serait que les budgets concernant l'assistance soient transférés aux autorités qui garantissent le secret professionnel, c'est-à-dire le secteur social et celui de la santé.*

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<sup>ème</sup> 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**

La 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)

*Le titre a changé, de la version du 20 septembre 2000 à celle du 28 novembre 2000. Avant il s'intitulait tout simplement : "Le plan antidrogue". Quelle est la raison de cette complexification? C'est peut-être pour bien préciser que ce volet est de la compétence du Ministre de l'Intérieur puisque c'est son cabinet qui subventionne les contrats de sécurité.*

##### ➤ Sommaire

Le **gouvernement fédéral subventionne** actuellement **51 communes** pour un montant total de **320 millions FB 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.

*Nous ne pouvons qu'applaudir cette volonté de clarté, déjà souligné à la page 35. Cependant aujourd'hui, les personnes qui travaillent dans le cadre de ces contrats (pour le volet préventif) sont sous la direction des communes, elles-mêmes dépendantes du Ministère de l'Intérieur subventionnant ces contrats de sécurité. Comment alors espérer une situation claire pour elles alors qu'ils doivent rendre des comptes au Ministère de l'Intérieur ? Si elles ne font pas le travail que celui-ci attend, peuvent-ils espérer garder leur emploi ?, ont-ils vraiment beaucoup de liberté ? Verbalement, ces travailleurs ont, bien souvent, beaucoup de garantie de garder le secret professionnel.*

*Néanmoins, si des problèmes surviennent dans la commune et que le Bourgmestre les convoquent et fait pression sur eux pour obtenir des témoignages, il est possible que des noms soient donnés. Ce paragraphe est en contradiction avec celui de la page 35 ou il est prévu une délimitation claire du terrain.*

*En conclusion, un statut sans équivoque pour ces travailleurs de rues réclame un secret professionnel VÉRITABLE.*

*Ce n'est pas dans le cadre des contrats de sécurité que les subventions doivent être données mais bien au secteur de l'assistance (qui justement se bat continuellement pour essayer d'en obtenir !!). Ces travailleurs de rues ne doivent plus relever du ministère de l'Intérieure et par la même occasion de leur mission d'intérêt public, pour être clairement dans le champ préventif.*

*Tant que les subventions proviennent du Ministre de l'Intérieur, il n'y aura aucun secret professionnel. Cela renforce le discrédit déjà présent pour ces travailleurs et par conséquent pour ceux du secteur de l'assistance.*

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.

*Une clarification s'impose tout de suite : pour Infor-Drogues, la prévention ne fait pas partie des tâches de la police. La prévention ne concerne pas l'usage mais « l'usage problématique ». Le gouvernement l'a reconnu dans la note ci-présente pour le cannabis. C'est l'évidence en ce qui concerne l'alcool. Pourquoi en serait-il autrement pour les autres substances puisque l'alcool est une des drogues les plus dures ! La prévention doit mettre l'accent sur le consommateur et non sur le produit. Le domaine de la prévention appartient donc au secteur social.*

*Quelle serait le rôle de la police avec cette définition de la prévention ?*

*Dans la version de septembre 2000 la création d'une commission nationale d'évaluation d'accompagnement était prévue qui travaillerait en étroite collaboration avec la Cellule drogue. Elle aurait eu des pouvoirs importants : « évaluer les projets de conventions proposés par les communes et de communiquer un avis motivé sur chacun de ces projets au Ministre de l'Intérieur et à la Ministre de la Santé Publique ; de veiller à l'exécution des conventions conclues ; veiller à ce que le programme définis dans la convention soit parfaitement intégré dans les autres programmes déjà appliqués dans des domaines similaires ». Une évaluation bien faite et une adaptation à la situation auraient été la bienvenue car les contrats de prévention, dans la pratique, posent de nombreux problèmes (mauvaise définition des rôles, mauvaises connaissances des missions,...).*

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.

*Tout d'abord nous tenons à souligner le caractère ambigu de la phrase ci-dessus en gras : le SPPP gère-t-il la prévention des nuisances sociales ou LA prévention de la consommation ?*

*Le SPPP depuis sa création a eu deux présidents et tous les deux anciens conseillers d'un ministre de l'Intérieur. Ces personnes sont-elles les mieux à même de coordonner, d'insuffler,...la prévention ? C'est donc surtout le volet « lutte » qui existe et qui est mis en œuvre.*

*Dès sa création le SPPP a considéré comme une priorité la criminalité liée à la toxicomanie (la criminalité « la plus dérangeante », selon ses termes ! !). Pour nous ces termes sont choquants. En effet, les usagers de drogues doivent être considérer avant tout comme des personnes.*

*Que veut dire « criminalité liée à la drogue » ? Cette notion peut recouvrir toutes les infractions : le vol de sac, les fausses ordonnances, la fraude fiscale, le blanchiment d'argent, le braquage d'une banque,... Si déjà le terme de « criminalité liée à la drogue » est flou, que dire de celui de « prévention de la criminalité liée à la drogue » ?*

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).

*La note augmente donc fortement les missions du SPPP. Il va devenir un instrument essentiel de toute la politique de sécurité.*

*La note « oublie » dans les activités du SPPP, l'administration et la gestion des contrats de sécurité. Le SPPP gère les contrats de sécurité et donc, les travailleurs du volet préventif de ces contrats.*

*La note mentionne plus haut vouloir « clarifier le mandat des travailleurs ». Pour cela il faut avant tout clarifier la politique menée par le SPPP qui va continuer à gérer les contrats et les missions des travailleurs. Dans cette optique de « prévention de la criminalité liée à la drogue », les travailleurs n'ont pas besoin du secret professionnel. Ils ne sont pas là pour aider les individus, ils les gèrent avec possibilité de dénonciation...*

*L'ambiguïté continue quand la note parle au paragraphe suivant de « travailleurs de santé ». Comment pourrait-il s'agir de santé puisqu'ils sont dépendant des communes, qu'ils seront évalués par le SPPP... ?*

*Il y a un problème de logique qu'il est donc, absolument nécessaire de clarifier !*

**Troisièmement, la coordination** avec d'autres initiatives est souvent **insuffisante** (initiatives des 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'Etat fédéral.**

*Nous sommes interpellés. En effet ; c'est une politique dangereuse car le secret professionnel ne serait pas garanti par une seule autorité. Au sein d'un même service, les travailleurs sociaux auraient des patrons différents, des statuts différents et des obligations différentes. Bonjour la confusion, et attention aux « fuites » !*

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'Evaluation 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)**.

*Un glissement sémantique apparaît avec une version antérieure de cette note (Note fédérale relative à la problématique de la drogue, 20 septembre 2000) qui parlait « d'un meilleur encadrement des professionnels de l'aide sociale et à la simplification et à l'amélioration de leur formation et formation continue ». Pourquoi parler de travailleurs socio-sanitaires ? Le terme de « professionnel » recouvre un aspect différent de celui de « travailleur ». Le premier renvoie à un diplôme tandis que le second renvoie à un secteur. La différence est importante car il y a beaucoup de*

*personnes travaillant dans le secteur de l'assistance mais ce ne sont pas tous des professionnels de l'aide sociale (comme des assistants sociaux, des médecins...). Mais il ne faut peut-être pas chercher aussi loin : ce changement s'est fait pour inclure clairement (et exclusivement ?) les travailleurs des contrats de sécurité et de prévention. Ils ne ressortent pas nettement de l'aide sociale mais bien du « secteur socio-sanitaire » (qui lui, peut obliger les gens au traitement).*

➤ **Ministre responsable**

Le Ministre de l'Intérieur est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il négocie avec les Communautés et se concerta avec la Ministre de la Santé publique, le Ministre des Affaires sociales et le Ministre de L'Intégration sociale.

*Selon nous le statut clair des travailleurs de prévention dans le cadre des contrats que prévoit la note a peu de chance d'aboutir. C'est le Ministre de l'Intérieur qui doit s'occuper de ce point d'action. Il est peu probable qu'il y mette une énergie frénétique.*

➤ **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 Drogue** opérera donc, dans un contexte européen, comme "**coordinateur national**" (point 1.2.2 du Plan d'Action 2000-2004). La Cellule Drogue 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**".

*C'est vrai qu'une meilleure coopération avec les pays européens serait souhaitable. Avec des politiques en matière de drogue aussi différentes, il faut absolument essayer d'harmoniser les législations (distinction entre drogue « dure » et drogue « douce », toutes drogues punissables au même niveau,...voir dans l'annexe de la note, la politique des différents pays). C'est un bon point d'action mais il faut voir s'il va se concrétiser. Cela fait de nombreuses années qu'une telle démarche est souhaitée!*

*Cette politique d'harmonisation aurait aussi un effet pervers : une possibilité de désresponsabilisation des gouvernements nationaux. En effet si une mesure prise à un niveau européen est mal acceptée, les ministres nationaux pourront être tranquille : « ce n'est pas de notre faute, on nous l'impose, nous devons l'appliquer »*

### ➤ **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. Epidémiologie / Evaluation / Recherche**

*Un tel chapitre est positif dans la mesure où aucune étude n'est complète concernant les drogues. Beaucoup de données manquent pour avoir un aperçu équilibré de la situation.*

### **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 Drogue.

La Cellule Drogues 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 Drogue proposera des adaptations de la politique menée sur la base de ces chiffres.

*Evaluer les effets des décisions politiques par l'Observatoire belge des drogues et des toxicomanes est en soi une bonne chose. Seulement cette évaluation sera-t-elle prise en considération, ou même, elle pourrait être interprétée de plusieurs manières (rappelons-nous l'évaluation du Service de Politique criminelle sur la directive du 17 avril 1998 qui resta lettre morte, le Ministre de la Justice, la jugeant trop critique). De plus cette mission sera confiée par la « Cellule drogue ». C'est donc une institution dépendante de l'institution évaluée qui procédera à cette tâche...Il faudra donc veiller à l'indépendance des membres de l'Observatoire ainsi qu'à une publicité de l'évaluation, gage de prise en compte.*

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. A 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**. A 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 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 Reitox 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 agrandissante) 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 concertent 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 FB pour 2001, 32 millions FB pour 2002 et 29.5 millions FB pour 2003. 2 millions FB 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 :

<b>BUDGET EN BEF (X 1 000)</b>			
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

Le budget de l'Observatoire va gonfler considérablement celui de l'actuel point focal, il est en effet grand temps de rattraper le retard dans ce domaine.

#### 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.

*Ce système serait très positif car c'est en connaissant les substances vendues et leurs effets que nous pourrions mieux informer les gens et établir des campagnes de réduction des risques rapides et efficaces.*

*Aujourd'hui les producteurs peuvent très rapidement et très facilement modifier la composition et l'aspect des produits. Ce système d'Alerte précoce répond à cette constatation.*

*Dans la logique de ce système, il faudrait se baser aussi sur une collecte d'information à partir des consommateurs.*

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).

*C'est un point positif mais nous aurions souhaité une plus grande audace du gouvernement. Par exemple la note pourrait autoriser **explicitement** les analyses de produits sur les lieux de consommation ainsi que l'information directe et immédiate des résultats aux consommateurs.*

**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...).

*Nous ne pouvons que nous réjouir de la reconnaissance des services téléphonique pour diffuser rapidement et efficacement de l'information.*

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. Evaluation 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, ...).

*Cette évaluation est une bonne chose. La note admet elle-même que les soins de santé sont coûteux, donc il est clair que ce point d'action est positif. L'évaluation des traitements permettrait peut-être de mieux adapter le traitement aux besoins de la personne consommant de la drogue. Seulement il ne faut pas tomber dans une évaluation purement quantitative qui se réduirait à un rapport entre le coût de la structure et le nombre de traitements effectués. De plus, il faudra tenir compte de cette évaluation. En effet, souvent ce n'est pas le cas. Par exemple, le traitement proposé par la justice (en fait imposé) a largement prouvé ses limites en termes d'efficacité. Pourtant la note en prône le développement.*

*Cette version ne parle plus de la possibilité pour certains hôpitaux de grandes villes et certains centres spécialisés pour l'assistance aux toxicomanes de bénéficier d'une indemnisation dans le but de développer de nouvelles techniques de traitement. Ces projets auraient été accompagnés et évalués par des « comités d'accompagnement universitaires ». Pourquoi l'avoir supprimé ? De plus, le cadre universitaire aurait permis de penser à de bons projets, c'est-à-dire créés sans hâte et avec une évaluation critique (que ce soit positif ou négatif). Les universités sont des institutions qui peuvent faire une évaluation plus objective que la cellule drogue. C'est dommage, et malheureusement c'est probablement aussi pour cette raison que cette procédure a été supprimée.*

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.

*Les SSTC sont les Services Fédéraux des Affaires scientifiques, Techniques et Culturelles. Eux, par contre, restent dans le plan. Est-ce parce que, justement, ce sont des services fédéraux ?*

➤ **Ministre responsable**

Le Ministre de la Politique scientifique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il se concerta 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 seront inscrits au budget des SSTC pour financer la recherche sur l'efficacité des soins en matière de drogue (y compris son organisation).

*Cette étude nous pose un problème : quelle sera la durée de cette étude ? Avec de telles ambitions, il est clair qu'il faut compter quelques années. L'évaluation des MASS aura duré deux ans aux SSTC (voir point 4.2.4.). Deux ans pour des services peu nombreux, récents et relativement homogènes en termes d'objectifs et de moyens. Ici, l'évaluation portera sur l'ensemble des méthodes de traitement, équipements et circuits de soins...*

#### **4.2.4. Evaluation des MASS**

➤ **Sommaire**

Une **évaluation** des MASS et des réseaux qu'elles ont constitués est en cours depuis le 1er 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 ne faut pas une enquête d'évaluation pour répondre à cette question. Oui, c'est à changer puisque le nombre de patient est parfois supérieur à celui, standard, pour les MASS.*

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<sup>er</sup> 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 **cahiers 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 cahiers et de stupéfiants délivrés. La plate-forme 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**

La 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'Economie 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 BEF seront inscrits au budget de la Ministre de la Santé publique.

*Avant d'entamer le chapitre sur la conduite sous influence de drogue, il faut préciser que, aussi bien la version actuelle que celle de novembre 2000 ne parle pas du point d'action suivant : « Banques de données Assistance aux toxicomanes ». Il prévoyait la communication des « coordonnées des **organismes actifs dans le secteurs de l'assistance** aux différents niveaux à la justice et à la police ».*

*Cependant nous ne pouvons que nous réjouir de sa disparition. L'assistance obligatoire aux personnes consommant de la drogue ne fait pas d'effet, elle est même contre-productive. Cela ne sert à rien de l'obliger. Donc la suppression d'une telle action est bien mais n'est malheureusement pas cohérente avec le large maintien de l'aide obligatoire.*

#### **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.

*Une confusion s'installe : il ne s'agit pas de prévention pour la consommation de drogues mais de prévention des accidents de la route. Donc, cette partie n'a pas sa place ici.*

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'AR 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.

*Il s'agit carrément d'une intrusion du système pénal dans le domaine de la prévention. Qu'est-ce qu'une loi vient faire dans une telle section ? C'est terriblement ambigu de mettre ce chapitre ici. Les personnes vont comprendre que c'est de la prévention et croire, à tort, que le système pénal peut produire de la prévention. C'est faux, archi faux. Comment la note peut-elle d'un côté demander une clarification des rôles si dans son chapitre prévention elle insère une loi pénale ? Ce chapitre, c'est évident, doit être placé dans la partie répression !*

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;

*La campagne d'informations faites par Institut belge pour la Sécurité routière renforce notre idée : nous sommes sortis de la « prévention des drogues » pour entrer dans la « prévention routière ».*

2. l'application de la loi du 16 mars 1999 sera **évaluée** annuellement; afin de permettre cette évaluation, un **système d'enregistrement** sera développé ;

*C'est toujours la même chose. Ce n'est pas parce qu'il y aura évaluation qu'elle sera prise en considération ou même, elle peut être déformée à la convenance des pouvoirs politiques. De plus, pourquoi évaluer une telle loi ? Il est évident que la conduite sous l'influence de drogue(s) doit être interdite...*

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);

*Ce point confirme la confusion expliquée plus haut.*

*Il est à espérer que cela se passe comme cela, mais nous en doutons fortement. En effet si un policier se trouve face à un cas positif de conduite en état d'influence de la drogue, il y a infraction, donc P.V. et sanction(s) (ce qui signifie qu'une trace reste de la consommation). Par la suite un dossier pour détention de drogue va aggraver son cas. Cela engendrera, donc, une double pénalité.*

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 ;

*Sur base de quoi ces critères vont être établis ? Nous espérons que ce sera mieux défini que pour les notions de « consommation problématique » ou de « nuisance sociale »*

5. l'objectif consistera à fixer des **valeurs limites claires**;

6. un large éventail de **peines alternatives** adéquates est mis en place.

*La version de septembre 2000 parle de dresser « l'inventaire de la recherche scientifique consacrée à l'influence de la drogue sur le comportement des conducteurs ». Ici aucune mention à ce propos. Cela indique que l'aspect scientifique n'est pas une priorité.*

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);

*Nous avons bien vu que l'avertissement « Fumer nuit à la santé » sur les paquets de cigarette n'a pas eu pour effet de diminuer la consommation. L'idée est bonne pour visualiser le risque, alors pourquoi ne pas inscrire un tel logo sur les bouteilles d'alcool ?*

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.

*Ce serait une bonne chose, maintenant il faut voir qui effectuerait cette formation ?*

### ➤ **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.

*Nous rappelons que nous nous trouvons dans un chapitre relatif à la prévention ! Donner au Ministre de la Justice cette réalisation renforce ce que nous avons affirmé plus haut à savoir l'intrusion du système pénal dans la prévention.*

### ➤ **Calendrier**

Arrêté d'exécution: 1er décembre 2000

Conduite sous l'influence de médicaments: 1er janvier 2002

### ➤ **Budget estimé**

*La version précédente (novembre 2000) parlait de deux millions FB pour couvrir la recherche scientifique consacrée à l'influence de la drogue sur le comportement. C'est la conséquence de la suppression de l'inventaire sur les recherches scientifiques. A la lumière de ce suit nous comprenons un peu mieux pourquoi ce projet a disparu. En effet la ministre de la Mobilité et des Transports n'est responsable de rien dans ce point d'action. Cette recherche scientifique serait logiquement de sa compétence.*

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.

*Nous savons très bien que l'offre de tabac rapporte beaucoup d'argent à notre gouvernement alors nous doutons de l'effectivité de ces initiatives légales.*

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'A.R. 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. Etant 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.

*Cette présente note ne mentionne plus la possibilité d'interdire la vente des petits paquets de cigarettes. Cette mesure aurait été prise dans le but de rendre l'accès financier au tabac plus difficile pour les jeunes. Cela aurait été une bonne action. En effet, rappelons-nous l'effet de la loi Vandervelde. Cette loi autorisait la vente d'alcool, seulement en grande quantité. Le but, à savoir une diminution massive de l'achat, s'est réalisé. Pourquoi une telle disparition ? La note est contradictoire puisque d'un côté, elle veut diminuer la consommation de tabac et de l'autre, elle supprime une mesure qui aurait probablement eu un tel effet.*

*La prévision d'adopter une initiative relative aux distributeurs automatiques de cigarettes ne figure plus aussi.*

**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. Etant 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.

*Deux remarques s'imposent.*

*La première concerne la politique active de prévention qui se résume à une politique contraignante contre le tabagisme. Interdire quelque chose n'a jamais été efficace comme modèle de prévention. Si, malgré tout, les écoles tiennent à le faire, il faudrait tout de même prévoir une pièce où les gens puissent fumer.*

*La deuxième concerne la fonction de modèle de professeur. C'est effectivement important, d'un autre côté si la politique serait d'interdire totalement cet usage pourquoi continuer à l'autoriser dans des endroits non accessibles aux élèves, comme la salle des professeurs et le bureau du directeur ? Les élèves sont soumis à une interdiction totale, alors que les professeurs eux seraient assurés de la continuité d'une telle conduite (appliquerait dans ce cas-ci la logique « deux poids, deux mesures » ?)*

Des **additifs** qui augmentent la dépendance sont actuellement ajoutés aux cigarettes. La possibilité d'interdire une telle pratique doit être examinée.

*C'est grave d'avouer dans une note fédérale qui met en avant la santé publique, ce genre de pratique. C'est cela qu'il faut absolument interdire. C'est de nouveau en totale contradiction avec ce qui précède : d'un côté, la note parle de prévention pour la consommation du tabac, d'un autre côté d'additifs qui augmentent la dépendance aux cigarettes. De plus, il n'est pas question de l'interdire mais seulement **d'examiner la possibilité** de l'interdire. Cet examen n'aboutira peut-être pas à son interdiction... C'est totalement aberrant !*

La vente des produits du tabac rapporte, chaque année, au gouvernement 68 milliards FB d'impôts. A 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.

*La présente note ne fait plus référence à la création d'un « Fonds pour le Tabac », alimenté par une partie des taxes frappant les produits de tabac. C'est dommage car cette institution aurait aidé au financement des campagnes de prévention (la Communauté française ayant tant de difficulté pour son budget)*

*Une **conclusion** sur cette section tabac s'impose. Ce produit qui tue 50 personnes par jour ne fait l'objet d'**aucune proposition** un tant soit peu concrète. Le vide absolu. Visiblement, une vie en Belgique ne vaut pas 4 millions de francs...*

## 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).

*Il prévu des circuits de soin. C'est bien, mais, aucune précision sur qui va se charger de ces soins. Cela peut aller du médecin général à l'hôpital psychiatrique en passant par une assistance sociale, un psychologue... Ces soins peuvent déjà couvrir de multiples domaines tels qu'économique, psychologique, sociale, familiale...*

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.

*Ici encore la note gouvernementale mélange maladroitement les notions de prévention, de traitement et de répression.*

#### ➤ **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'Economie.

#### ➤ **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. A ce dernier niveau, la prévention de l'usage d'alcool et de médicaments semble indiquée.

*La prévention primaire devrait aussi concerner d'autres jeunes que ceux de l'enseignement primaire ou secondaire. La libération d' « espace nécessaire dans les programmes scolaires », dans le but de former des enseignants à la prévention des assuétudes est vraiment très bien. Cela suppose concrètement la libération d'heures pour soutenir et encadrer les enseignants à ce type d'action.*

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 **négoieront** 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.

*Le genre d'infractions commises lors de ces raves est le lot quotidien des boîtes de nuit et elles sont peu contrôlées ! Malgré tout, le caractère clandestin de ces « raves » augmente les risques.*

#### ➤ **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.

*Pourquoi ce domaine de la prévention relève du Ministre de l'Intérieur et pas du Ministre de la Santé publique (les autres points concernant la prévention sont de sa compétence) ?*

#### ➤ **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.

*Une **conclusion** sur le chapitre prévention s'impose. Celui-ci comporte beaucoup de parties concernant la répression. La méthodologie de la note, à savoir une chaîne de sécurité comprenant un maillon préventif, un maillon répression et un maillon suivis, n'est donc plus respecté. Nous voyons bien que l'aspect prévention est de faible importance. C'est une façon de cacher la partie répression.*

## 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. A 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 Etablissements hospitaliers, 1997), une **offre d'assistance propre, globale et intégrée doit être créée pour le groupe-cible des "consommateurs toxicomanes"**.

*Ces deux premiers chapitres ont été rajoutés dans la version de novembre 2000 et n'ont pas été modifié depuis lors. « Dès que l'usage de drogue devient problématique pour la santé de la personne concernée » est très flou et peut recouvrir des définitions bien différentes (est-ce la dépendance ?, dans ce cas la dépendance c'est quoi ?,...), de même que pour les termes « éléments provocateurs, aggravants ou réactifs », et, « consommateurs toxicomanes » (Est-ce la prise en compte de la différence entre « usager de drogues », tout consommateur de drogue ; et, « toxicomane », personne dépendante. Si c'est le cas que recouvre « consommateur toxicomane », « l'usager de drogues », « toxicomane », ou encore un mélange des deux ?). Si la note admet que nous nous trouvons face à un problème « bio-psycho-social » qui requière une approche multidisciplinaire, pourquoi la principale réponse à ce problème est-elle pénale ?*

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 définition du circuit de l'offre des soins est modifiée. Avant c'était : « l'ensemble des réponses à toutes les demandes d'aide possibles et imaginables qui peuvent se présenter au sein d'un groupe cible déterminé (en l'occurrence les toxicomanes) ». Ici c'est « l'offre totale qu'offre un réseau », cela comprend donc l'offre volontaire et l'offre obligatoire tandis qu'avant c'était l' « ensemble des réponses à toutes les demandes d'aide possibles et imaginables »*

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

*Avant la note parlait « innovation scientifique factuelle », donc ouvrait la porte à d'autres formes d'assistance, peut-être dans le même genre d'idée que le traitement à la méthadone, ou la distribution contrôlée d'héroïne. C'est peut-être pour cela que cette version a été changée.*

Un **certain nombre d'éléments** sont **spécifiques à l'assistance aux** toxicomanes :

1. une large attention doit être accordée à la **motivation**

*Nous ne pouvons que nous réjouir d'une telle position puisque c'est clair que l'assistance obligatoire ne marche pas).*

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

*C'est pour cette raison que les évaluations sont nécessaires, ainsi le système d'alerte précoce.*

5. Il est nécessaire de prévoir des **parcours de soins** pour **des groupes-cibles spécifiques** (comme les patients avec un double diagnostic, ...)

*L'ancienne version parlait aussi de groupes cibles tels que « des clients de la justice, les allochtones ». Nous ne pouvons que nous réjouir d'une telle suppression. C'est donner un étiquette et c'est terriblement stigmatisant. De plus ce sont des propos à tendance raciste : considéré que les allochtones sont un groupe cible, alors que ce sont des personnes comme tout un chacun !*

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.

*C'est bien de prévoir un parcours pour les jeunes mais il faudra penser aux jeunes aux alentours des 17 ans et demi, ou encore les jeunes de plus de 18 ans à l'école. Ces derniers auront un traitement différent parce qu'ils sont majeurs, alors que ils sont dans la même situation...*

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 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 toxicodépendance**. 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.

*Cela prouve qu'une partie de la population est traitée différemment. C'est bien que la note en prenne conscience. Mais quand ils disent qu'il faut tenter de trouver les formes d'assistance qui offrent le plus de garanties de réinsertion sociale, c'est le cas pour tous les usagers de drogues...*

*Il faut savoir que dans la version précédente, un chapitre entier était consacré aux « Consommateurs allochtones ». Il recouvre exactement ce qui précède, avec en plus l'exécution d'une étude, avec comme budget 2 millions...*

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'Etat fédéral. L'on attirera également l'attention des centres d'intervention et de crise non spécifiques sur leurs responsabilités en la matière.

*Les MASS, les centres Transit, les associations telles qu'Infor-Drogues remplissent déjà une mission d'urgence et de crise. C'est en totale contradiction avec le point 3 des missions du Groupe Locale de coordination Drogues qui prévoit de détecter, « voire supprimer les fonctions lacunaires et les chevauchements en matière d'assistance ». Quelques lignes plus loin elle fait le contraire...*

➤ **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 subiraient 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.

*C'est très bien mais un peu plus d'audace aurait été la bienvenue. Il faut que la personne puisse garder le choix de l'assistance, sa liberté doit être garantie et le secret médical respecté !*

➤ **Ministre responsable**

Le Ministre des Affaires sociales est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il se concertera avec la Ministre de la Santé publique.

➤ **Calendrier**

Evaluation 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.

*Sur base de quoi cette relation est-elle mise en évidence ? La note le dit « vraisemblablement », et elle poursuit en donnant un traitement particulier aux « consommateurs de drogues fortement dépendant, qui ont déjà suivis plusieurs traitements, ont récidivé et présentent des problèmes de réinsertion ».*

*A nouveau, rien n'est expliqué concernant la « nuisance sociale ». Cette notion est très large. De plus, c'est un critère pour arrêter les consommateurs de drogue. Cela voudrait-il dire que seules les personnes qui se font arrêter peuvent « bénéficier » d'un case management ? Nous nous trouvons dans la partie concernant la « Prise en charge, réduction des risques et (ré)insertion », ce qui ne concerne pas que les personnes arrêtées ou ayant récidivé. Cela renforce l'impression d'un contrôle par le système pénal de cette population (voir commentaire au point 4.1.2.).*

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;

*La récidive implique-t-elle une nouvelle infraction ou simplement de reprendre de la drogue ?*

- ◆ garantir des soins sur mesure et une continuité dans les soins;
- ◆ promouvoir le fonctionnement social du client.

Au **niveau des institutions**, la méthodologie vise à:

- ◆ 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**

La 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 BEF 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.

*Comment affirmer un tel propos ? C'est surtout parce que les sans-abris sont les personnes les plus visibles, les plus facilement arrêtées,...et reprenant de la drogue puisque leur problème n'est absolument pas résolu (après le traitement ou la peine subie, ils sont toujours à la rue et à la merci de revendeurs...).*

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**

*Ce chapitre est totalement nouveau. Il n'existait pas dans le projet de novembre 2000.*

➤ **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.

*Nous ne pouvons qu'apprécier une telle initiative. Le fait que les parents soient intégrer dans la note est bien. En effet, les parents font partie de la vie de l'usager de drogues ou toxicomane et leur participation au traitement vivement souhaitable. C'est déjà le cas d'Infor-Drogues qui a de nombreux contacts avec l'entourage du consommateur.*

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). A 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 (p.ex. 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 :

*Ce projet est bien mais il ne faut pas voir ce phénomène uniquement sous l'angle psychiatrique... De plus aucune précision n'est donnée concernant l'évaluation (quand elle sera terminée ?, qui l'effectue ?...)*

- 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.

*Le cadre légal est très bienvenu. Cela ne permettra pas des politiques différentes selon les hôpitaux.*

➤ **Ministre responsable**

La Ministre de la Santé publique est responsable de l'exécution de ce point d'action. Elle se concerta 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.

*L'apport des parents est très bien. Des campagnes de prévention devraient être faites de manière à les informer sur le phénomène. Il ne s'agit ni de leur faire peur, ni de stigmatiser les usagers de drogues, seulement de donner une information objective sur les produits, les conséquences, les traitements possibles,...*

*Leur rôle dans le traitement est indéniable (voir plus haut). Le consommateur de drogue ou le toxicomane n'est pas seul à être pris en compte.*

➤ **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.

*Dans une ancienne version, l'exécution ce point d'action relevait de la compétence du Ministre de la Justice... Nous approuvons totalement ce changement puisque le Ministre de la Justice n'est pas du tout compétent pour les jeunes, cela n'aurait que renforcer le caractère répressif de la note.*

➤ **Calendrier**

Mesures judiciaires: fin 2001

➤ **Budget estimé**

Le Ministre de la Justice évaluera les conséquences budgétaires de cette mesure.

*Nous ne comprenons pas leur logique. Il admette que cela revient de la compétence des Communautés et du Ministre des Affaires sociales et c'est au Ministre de la Justice à évaluer les conséquences budgétaire... Soit ils ont oubliés ce changement (nous espérons que c'est le cas et que la modification va suivre), soit c'est, à nouveau une manière de nous montrer leur préférence au domaine répressif (cette fois de manière explicite).*

#### 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.

*Orienter vers le marché de l'emploi est très bien. Naturellement une formation sera la bienvenue. L'ancienne version était plus explicite à cet égard : « un parcours de formation et d'éducation orienté sur le marché de l'emploi, s'inscrivant parfaitement dans le prolongement de l'assistance... »*

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.

*L'ancienne version parlait aussi de la possibilité « de permettre l'octroi de prêt sans intérêt en faveur d'anciens toxicomanes ». Dommage que cette présente note l'ait supprimé, les ex-toxicomanes sont en effet en situation financière généralement dramatique.*

➤ **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, la 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 œuvre 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.

*C'est à nouveau très bien de parler dans une note fédérale des traitements de substitution.*

La nouvelle directive accorde une attention suffisante aux traitements de substitution pénitentiaires.

*La drogue en prison est un grave problème et la possibilité d'y appliquer ces traitements est très bien. Il faudrait absolument un meilleur encadrement de ces traitements, y compris par le médecin traitant habituel du patient*

#### ➤ **Ministre responsable**

La 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 1er janvier 2002.

#### ➤ **Budget estimé**

Les crédits sont inscrits au budget de la Ministre de la Santé publique.

### **4.4.9. Echange 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.

*Parler des échanges de seringues dans la note prouve un changement de mentalité.*

*Il faut tout de même voir qui est responsable de cet échange : des intervenants spécialisé, des pharmaciens ; des éducateurs non spécialisés...*

➤ **Ministre responsable**

La Ministre de la Santé publique a signé cet Arrêté royal.

➤ **Calendrier**

Le point d'action a été exécuté.

*Si c'est le cas, pourquoi en parler dans les points d'action. C'est qu'il existe encore des difficultés d'application... qui ne sont, bien sûr, pas repris ici.*

➤ **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.

*L'ancienne version n'était pas négative sur ce point d'action et parlait même de « modalité pratique (l'achat d'héroïne, le financement, le logement, la formation... ». C'est dommage. Pourtant les institutions bruxelloises ont fait remarquer l'urgence d'entreprendre un tel processus. La note admet elle-même le danger de contagion du virus HIV et du virus de l'hépatite...*

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.

*Évidemment, qu'il ne génère pas de surcroît budgétaire puisque aucune action n'est prévue !*

## **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. A 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 (art. 3, 2, 4 (c) et (d)) et l'accord d'exécution Schengen (1990) (art.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:

→ 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;

→ 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'Etats 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'art. 76 de la convention d'exécution de Schengen impose le bon voisinage :

Les Etats membres de Schengen qui souhaitent mener en matière de drogues une politique plus tolérante que les Etats membres limitrophes doivent veiller à ce que les Etats 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 V.N. perspectief.', *Vlaams Parlement*, september 2000, Brussel, 15p.
- ◆ DE RUYVER, B., 'Drugsbeleid in de Europese Unie', *Gedr. St. Kamer*, 1997, nr. 1062/3, p 107.122.
- ◆ MINISTERIE VAN JUSTITIE NEDERLAND, *Notitie gedoogbeleid cannabis.*, 2000, p. 8.
- ◆ DE NAUW, A., 'Drugs', *A.P.R.*, 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, No. 3, 1999, p. 173.
- ◆ KRAJEWSKI, K., 'How flexible are the United Nations drug conventions ??', *The International Journal of Drug Policy*, Vol. 10, No. 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).
- A l'exception de l'Espagne, de l'Italie – et à l'avenir – du Portugal, tous les Etats 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 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.
- A 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 pénalisée. Le Gouvernement édicte en application de l'article 1<sup>er</sup> 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, 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<sup>er</sup>, de la Constitution** et de **l'article 143<sup>ter</sup>, 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.

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 CLARTE** 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. ( p.ex. 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 28ter, §1 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 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 '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 (art. 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. art. 119bis; 123, 12°; 133; 134ter et 134quater 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. A 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 P.D.R. 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. art. 119bis; 123, 12°; 133; 134ter et 134quater 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. ( p.ex. 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 prévue 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:**

1. les délits liés à l'acquisition de drogues de nature grave (vol à la tire, attaque à main armée)
2. délits expressifs de nature grave ( coups et blessures, menaces sévères, prise d'otage)
3. 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 :

1. 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.
2. 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 (p. ex. 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.

3. Il est évident que la responsabilité finale de la politique menée incombe au Procureur du Roi même.
  
4. 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. A 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 le 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 bénéfices 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 35 bis 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 concerta 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 le 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.