

Lutte contre les drogues : pour une politique cohérente

**Etat des lieux
Les propositions du PS**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

- I. Les politiques en matière de drogues
 - I.1. L'Etat fédéral
 - I.2. Les Communautés et les Régions
 - I.3. Les communes
 - I.4. Les budgets
 - I.5. Une approche intégrée et verticale

- II. La réglementation
 - II.1. Généralités
 - II.2. La réglementation du cannabis

- III. Les différentes drogues : description, consommation, risques
 - III.1. Généralités
 - III.2. Le cannabis
 - III.3. L'ecstasy
 - III.4. La cocaïne
 - III.5. L'héroïne

- IV. L'information et la prévention

- V. Les conséquences de la consommation
 - V.1. Les conséquences en termes de santé
 - V.2. Les conséquences sociales

- VI. La prise en charge, la réduction des risques et la (ré)insertion
 - VI.1. Généralités
 - VI.2. L'organisation de l'offre de soins
 - VI.3. Le financement de l'assistance
 - VI.4. L'assistance aux toxicomanes par le case management
 - VI.5. Les traitements de substitution
 - VI.6. L'installation des maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS)
 - VI.7. Les échanges de seringues
 - VI.8. La délivrance d'héroïne sous contrôle médical

- VII. Le trafic de drogues

DEUXIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS DU PS POUR LUTTER CONTRE LES DROGUES

- I. Campagnes massives et récurrentes de santé publique et renforcement de la prévention

- II. Un Fonds de lutte contre les assuétudes

- II.1. Etat des lieux relatif au financement
- II.2. Un Fonds de lutte contre les assuétudes
- II.3. Saisies et confiscations

- III. Un service téléphonique d'aide 24 heures sur 24

- IV. Renforcer la lutte contre les trafics de drogues

- V. Soustraire les consommateurs des circuits criminels

- VI. Soutenir la politique de réduction des risques

- VII. Améliorer l'offre de traitements

- VIII. Renforcer les structures et la coordination

- IX. Assurer une politique cohérente et intégrée en matière de drogues au sein des établissements pénitentiaires

ANNEXE I. TABLEAU COMPARATIF DE CERTAINES LEGISLATIONS EUROPEENNES RELATIVES A LA DETENTION DE STUPEFIANTS

INTRODUCTION

La drogue est un problème de société majeur. Pourtant, il règne chez nous une certaine hypocrisie autour de ce sujet et des effets désastreux qu'il provoque chez de trop nombreux jeunes et leurs familles.

Les responsables politiques hésitent trop souvent à prendre leurs responsabilités et se saisir du problème. Or, si le sujet est certes délicat, il est totalement irresponsable d'ignorer les difficultés que pose ce fléau. Il n'est pas admissible de laisser de trop nombreuses personnes sans réponses ou solutions face à leur problème de dépendance ou de détresse.

Le constat est malheureusement limpide :

- les chiffres relatifs à la consommation des drogues, licites et illicites, sont alarmants. Les jeunes consomment de plus en plus de drogues et de plus en plus tôt. L'utilisation de plusieurs drogues en même temps (alcool et cannabis, par exemple) est également en augmentation ;
- de plus en plus de familles sont affectées par les consommations problématiques de drogues. Elles sont trop souvent démunies face aux réponses à apporter ;
- le trafic des drogues n'a en rien diminué.

Sans tabou ni *a priori*, le PS a décidé de prendre le problème à bas le corps.

Elio Di Rupo a ainsi chargé l'Institut Emile Vandervelde de mener une vaste réflexion sur l'état des lieux des mesures existantes et sur les outils à mettre en place pour une politique plus cohérente.

C'est ainsi que deux colloques (en septembre et décembre 2005) ont été organisés. De nombreux témoignages et contributions y ont été récoltés. Parents, médecins, thérapeutes, assistants sociaux, associations, policiers, magistrats, femmes et hommes politiques ont pris la parole et témoigné sur cette thématique complexe qui nous concerne tous.¹

Deux voies d'analyse ont été suivies :

1° Entendre les témoignages et expertises des gens confrontés à titre personnel ou professionnel à la problématique des drogues.

2° Dépasser les clichés pour avoir un regard objectif sur les pratiques et les politiques menées à l'étranger. Des intervenants hollandais, espagnols, suisses et canadiens ont accepté de présenter les projets et politiques mis en œuvre dans leurs pays respectifs.

Fort de ces analyses, ce processus de réflexion a abouti à l'élaboration d'un plan d'action.

¹ Voir en annexe les deux programmes des colloques de l'IEV et la liste des intervenants.

La **première partie** du présent document fera l'état des lieux des politiques actuellement menées et de la réglementation existante. Elle s'arrêtera ensuite aux drogues principalement consommées et à leurs effets ainsi qu'aux conséquences pour le consommateur et la société. Les aspects information, prévention, réduction des risques et traitement seront également abordés. Enfin, la note décrira brièvement les trafics liés aux drogues.

La **deuxième partie** présentera les **9 axes prioritaires** du PS pour une politique volontariste et cohérente de lutte contre les drogues : développer des campagnes massives et récurrentes de santé publique et renforcer la prévention ; créer et financer un Fonds de lutte contre les assuétudes ; créer un service téléphonique d'aide 24 heures sur 24 ; renforcer la lutte contre les trafics de drogues ; soustraire les consommateurs des circuits criminels ; soutenir la politique de réduction des risques ; améliorer l'offre de traitements ; renforcer les structures et la coordination de la politique en matière de drogues ; et assurer une politique cohérente et intégrée en matière de drogues au sein des établissements pénitentiaires.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

I. Les politiques en matière de drogues

I.1. L'Etat fédéral

Le Gouvernement fédéral adopte le 19 janvier 2001 la **Note de politique fédérale en matière de drogues**.

Cette Note fédérale constitue la colonne vertébrale de la politique belge relative aux drogues. Elle établit **3 objectifs** : la réduction du nombre d'usagers de la drogue ; la réduction des effets physiques et mentaux liés à la consommation de drogues ; et la diminution des conséquences négatives du phénomène de drogues sur la société. La politique en matière de drogues se base ainsi sur **3 piliers** : **prévention** pour les non consommateurs et les consommateurs problématiques ; **assistance, réduction des risques et réinsertion** pour les consommateurs problématiques ; et **répression** pour les productions et trafiquants. La priorité doit dans ce cadre être mise sur **l'augmentation de la collaboration entre les différents domaines politiques** compétents et le **développement de l'arsenal épidémiologique et d'évaluation**. Selon la philosophie de la Note fédérale, les drogues sont avant tout un problème de santé publique. La répression doit être considérée comme l'ultime remède. L'on verra cependant plus loin qu'une partie de ces intentions ne se sont pas toujours traduites dans des dispositifs légaux allant en ce sens (voir la réglementation de la consommation de cannabis). Enfin, la Note fédérale prévoit un **budget de 500 millions BEF** pour la mise en œuvre de la politique « Drogues ».

L'**accord du Gouvernement fédéral de 2003** prévoit notamment une action concentrée sur une série de phénomènes de criminalité spécifiques, dont les réseaux de drogues actifs sur notre territoire. Une attention spécifique doit être prêtée à une détection rapide des cas problématiques et aux phénomènes de trafic de stupéfiants dans et aux abords de l'école. Enfin, un accent particulier doit être accordé, dans le cadre du financement des contrats de sécurité et de prévention, à la lutte contre la toxicomanie.

I.2. Les Communautés et les Régions

Communauté française

L'accord de Gouvernement de 2004 prévoit la poursuite « *des actions de prévention et de sensibilisation à l'usage de la drogue visant à informer et responsabiliser les jeunes en la matière.* »

Le décret de 2001 sur la promotion de la santé dans l'école a remplacé le précédent texte limité à l'inspection médicale. Il a pour objectif d'élargir le concept de santé pour y inclure différents aspects (bien-être etc.). Ce nouveau

modèle prend en considération les facteurs déterminants de la santé de l'enfant : facteurs biologiques, physiologiques, psychosociaux et environnementaux.

De ce fait, la réforme entend adapter qualitativement le service offert aux jeunes dans une perspective d'école en santé. Les PSE travaillent désormais en collaboration avec les conseils de participation des écoles à l'intégration de la dimension « santé » dans le projet d'école de façon à rencontrer les besoins et les demandes spécifiques de la population scolaire et à s'inscrire dans une perspective à long terme.

Afin d'aider et de renforcer les actions dans les écoles déjà initiées par les services PSE, la Communauté française va subventionner une série d'ASBL qui proposent des programmes de prévention et de sensibilisation. Celles-ci effectuent des démarches en direction des établissements scolaires par l'information et la formation des enseignants et aident à constituer dans les écoles des cellules de prévention et d'accompagnement et permettent ainsi de miser sur des projets de santé globale, de prévention qui s'inscrivent dans la durée.

Il est important que les différents opérateurs choisis rencontrent les besoins des écoles, créent des partenariats avec les PSE et les équipes éducatives, et leur fournissent un référentiel d'associations relais locales.

Région de Bruxelles-Capitale

Il existe de nombreuses institutions (circuits de soin) actives en la matière, qui sont principalement élaborées sur des initiatives personnelles et locales. La Région ne connaît pas par contre de programme structuré et organisé.

Région wallonne

La Région wallonne a adopté le décret du 15 mai 2003 relatif à la prévention de voisinage dans les villes et communes wallonnes. Elle octroie des subsides aux villes et communes qui mettent en œuvre un plan de prévention. Ce plan doit inclure une série d'initiatives visant à réduire les risques associés à la consommation des drogues. La Région évalue ces plans chaque année.

Le décret du 27 novembre 2003 relatif aux réseaux d'aide et de soins et aux services spécialisés en assuétudes est entré en vigueur le 13 septembre 2004. Le décret prévoit l'organisation du territoire en 12 zones d'aide et de soins. Une Commission consultative en matière d'assuétudes a été mise en place. Elle est chargée d'émettre des avis sur les demandes d'agrément des réseaux et des services spécialisés en assuétudes, mais également sur les politiques menées en ces matières.

I.3. Les communes

Outre l'initiative décrite ci-dessus, le Gouvernement fédéral subventionne les **communes** pour **l'accueil des toxicomanes**. 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 crises, etc. Environ la moitié de ces communes ont inscrit un **volet « Drogues » dans leur contrat de sécurité**. Ces projets fonctionnent généralement bien.

La mise en œuvre de ces projets pose cependant des problèmes spécifiques, dont l'absence de **statut et de mission clairs** des éducateurs de rue, des travailleurs du secteur de la prévention et des autres intervenants payés selon les subsides du plan global. Leur tâche consiste à aider leurs clients toxicomanes à améliorer leur situation et non à prêter assistance aux services de police dans leur lutte contre la criminalité. La réalité est moins évidente en raison du financement intégré des contrats (le contrat « Drogues » est souvent inséré dans le contrat de sécurité). La Note de politique fédérale demande que ces personnes soient dotées d'un statut clair et d'une mission sans équivoque.

I.4. Les budgets

La tendance générale est à l'**augmentation** des budgets consacrés à la politique contre les drogues. C'est particulièrement le cas pour le secteur de la recherche, pour lequel le budget a été multiplié par 7 depuis 1993.

Ce coefficient impressionne parce qu'il était au départ quasi inexistant. Le budget alloué actuellement reste largement insuffisant pour pouvoir associer diverses unités du pays qui font de la recherche dans le domaine et avoir un minimum de garanties vis-à-vis de la continuité des recherches. Aujourd'hui, il s'agit de recherches d'un an à trois an(s) et il est difficile de garder en continu les quelques chercheurs spécialisés dans le domaine qui travaillent dans un dossier.

Les dépenses relatives au secteur de la prévention ont été multipliées par 5 et celles concernant l'assistance par 2. Cependant, tant la **recherche** que la **prévention** restent **très peu financés**.

Le montant total des dépenses relatives à la politique contre les drogues s'élevait à **186 millions EUR** en 2002 (voir aussi *infra*). Les dépenses sont réparties comme suit :

- 54% pour le secteur répression et sécurité ;
- 38% pour le secteur assistance ;
- 1% pour la recherche et l'épidémiologie.²

Il y a autant de modes de financement qu'il y a de niveaux de pouvoir. Les auteurs de l'étude « *La politique des drogues en chiffres* » commanditée par l'Office de la politique scientifique soulignent la nécessité pour les différentes autorités compétentes d'une approche intégrée (voir *infra*).³

² Epidemiology Unit, Scientific Institute of Public Health, *Belgian National Reports on Drugs 2004*, 2004.

³ B. De Ruyver, I. Pele et J. Casselman, *La politique des drogues en chiffres : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes*.

I.5. Une approche globale et intégrée

La Note de politique fédérale de 2001 prévoit la création d'une **Cellule générale de politique en matière de drogues** composée des représentants de toutes les autorités compétentes (Etat fédéral, Communautés et Régions). L'objectif de cette Cellule est de **mettre en œuvre une politique globale et intégrée** de la problématique des drogues.

Un **accord de coopération** est ainsi signé le 2 septembre 2002 entre le Gouvernement fédéral et les entités fédérées. Les Communautés française et flamande ont à ce jour approuvé par décret cet accord de coopération. Le Parlement wallon l'a entériné le 16 novembre 2005. A ce jour, seules la Région bruxelloise et la COCOF doivent encore approuver l'accord.

L'accord de coopération prévoit également la création d'une **Cellule politique de santé en matière de drogue**, qui a pour seuls objectifs d'élaborer une politique de santé intégrée à l'égard de la problématique de la drogue. Elle doit être le premier pas sur la voie de la création de la Cellule générale.

La **Cellule de santé** est en place depuis mai 2001 sur base d'un protocole d'accord. Elle effectue un travail d'intégration et de coordination entre les autorités fédérales et celles des entités fédérées. Cette Cellule active en matière de santé a donné une série d'avis documentés sur divers dossiers tels que le « pill testing », l'encadrement thérapeutique des traitements substitutions, etc.

La **Cellule générale** n'est pas opérationnelle à l'heure actuelle.

II. La réglementation

II.1. Généralités

C'est principalement la **loi du 24 février 1921** « *concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques* » qui règle cette matière. Cette loi a été votée suite aux obligations découlant de la ratification, par la Belgique, de la Convention internationale de l'opium conclue à la Haye en 1912. Les circonstances et modalités d'application de la loi de 1921 ont été précisées, au cours du temps, dans divers arrêtés royaux.

En très résumé, la loi **interdit** :

- la fabrication, la détention, la vente, l'offre en vente, la délivrance ou l'acquisition à titre onéreux ou à titre gratuit d'une série de drogues, sans autorisation du Ministère compétent ;
- la facilitation de l'usage, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant un local, soit par tout autre moyen ;
- l'incitation à l'usage ;
- le fait de s'être procuré ou d'avoir tenté de se procurer des drogues au moyen d'une fausse ordonnance, d'une fausse demande, d'une fausse signature ou par quelque autre moyen frauduleux.

La **liste de ces drogues** est déterminée par arrêté royal (il y en a environ 80). Il s'agit principalement du cannabis, de l'opium, de la cocaïne et de ses dérivés (héroïne), de la méthadone, etc.

Les infractions sont sanctionnées d'un **emprisonnement** de 3 mois à 5 ans et d'une **amende** de 25 à 2.500 EUR (ces montants doivent actuellement être multipliés par 200) ou d'une de ces deux peines.

Certaines **circonstances aggravantes** sont prévues et, dans ce cas, les peines sont augmentées. Lorsque ces circonstances sont présentes, les infractions ne sont plus considérées comme de « simples » délits, mais comme des crimes. Les peines appliquées ne sont plus correctionnelles, mais criminelles (réclusion ou travaux forcés). La sévérité des peines varie en fonction de l'âge des personnes à l'égard desquelles les infractions ont été commises, des conséquences de l'infraction et de l'implication de la personne dans le trafic. En cas de **récidive** dans les 5 ans, les peines de base peuvent être doublées et les peines criminelles prévues en cas de circonstances aggravantes peuvent être augmentées.

La loi prévoit par ailleurs des possibilités de **réduction des peines** dans deux cas (consommation en groupe et fabrication et détention en vue d'une consommation personnelle ; les personnes qui ont révélé l'identité d'auteurs d'infractions).

II.2. La réglementation du cannabis

Historique

Le PS relance en 1995 le **débat** de la dépénalisation des drogues douces.

Un **groupe de travail** est constitué début 1996 à la Chambre et est chargé d'étudier la problématique des drogues. Dans son rapport du 5 juin 1997, la dépénalisation des drogues n'est pas formellement retenue, mais il est proposé d'assortir *de facto* la détention de cannabis pour consommation personnelle de « *la priorité la plus faible* » dans la politique des poursuites.

Le 17 avril 1998, le Collège des Procureurs généraux approuve une circulaire ministérielle en matière de drogues qui impose aux parquets de ne plus accorder que « *la plus basse des priorités judiciaires* » **aux poursuites** pour détention de cannabis à usage privé. Cette circulaire manque de clarté et n'est pas appliquée de la même manière dans les différents parquets.

Thierry Giet et Patrick Moriau déposent le 19 juin 2000 une **proposition de loi** modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques en vue de **dépénaliser l'usage du cannabis**.

- Ce texte vise à dépénaliser la consommation en groupe, l'acquisition et la détention de cannabis en vue de la consommation personnelle.
- La proposition prévoit par ailleurs la réglementation stricte du commerce du cannabis via la création d'un Institut belge de certification et de contrôle. Cet Institut a principalement pour mission (1) d'agréer et contrôler les personnes et

établissements qui fabriquent, vendent et distribuent le cannabis ; et (2) de certifier la conformité et la qualité du cannabis mis dans le commerce. La proposition prévoit aussi la création d'un Observatoire fédéral du cannabis, qui est un organe de réflexion compétent pour émettre des avis et propositions en la matière.

- La proposition interdit la distribution aux mineurs de moins de 16 ans. Elle interdit également la publicité et la consommation dans les lieux publics.

La Note de politique fédérale en matière de drogues de 2001 se concrétise entre autres par la **loi du 3 mai 2003** modifiant la loi du 24 février 1921, l'arrêté royal du 16 mai 2003 et la directive ministérielle du 16 mai 2003 relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites.

Cette loi de 2003 constitue un **compromis**, le VLD et le SP.a s'étant opposés au principe de la dépénalisation du cannabis. Elle prévoit notamment que la **détention**, par un majeur, de cannabis à des fins d'usage personnel **reste punissable**. Toutefois, lorsque la détention à des fins d'usage personnel (soit maximum 3 grammes) n'est pas problématique et ne cause pas de nuisances publiques, la police ne procède qu'à un enregistrement et ne dresse pas de procès-verbal. Il n'y a donc pas de poursuites judiciaires. Dans tous les autres cas, ce sont les peines classiques de la loi de 1921 qui s'appliquent.

L'arrêté royal d'exécution de la loi de 2003 met par ailleurs en œuvre des possibilités d'aide aux toxicomanes par l'instauration de l'avis thérapeutique afin de permettre aux personnes à l'égard desquelles l'action publique est engagée de suivre un traitement si nécessaire. Il est prévu que des **case managers** de la justice établissent notamment des listes de conseillers thérapeutiques et fassent le relais entre les instances judiciaires, les conseillers thérapeutiques et le secteur social.

Le système adopté en 2003 pose dès le départ d'**importants problèmes d'interprétation**. Il est en effet difficile de savoir dans quelles circonstances précises le consommateur de cannabis sera effectivement poursuivi.

Tant le monde judiciaire, les associations de terrain (Infor Drogues, Fedito, etc.), les médias que les consommateurs déplorent l'**insécurité juridique** créée par la loi de 2003.

Situation actuelle

La Cour d'Arbitrage a partiellement **annulé** le 20 octobre 2004 la loi de 2003. Elle a considéré que la réglementation relative à la consommation du cannabis viole le principe de légalité en matière pénale, qui veut que toute personne puisse connaître, au moment où elle pose un acte, si ce dernier fait l'objet ou non de poursuites pénales.

Suite à cet arrêt, Laurette Onkelinx a adopté une nouvelle **circulaire ministérielle** qui précise la loi de 2003, afin de permettre de garantir la sécurité juridique en attendant un nouveau cadre légal. Un projet de loi est en effet nécessaire pour combler le vide juridique créé par l'arrêt de la Cour d'arbitrage.

III. Les différentes drogues : description, consommation, risques⁴

III.1. Généralités

Consommation dans la population générale

Les résultats de la deuxième Enquête de Santé par Interview (2001)⁵ montrent que le **cannabis** est de loin la **drogue la plus consommée** en Belgique, en particulier chez les jeunes. 10,8% de la population générale (15-64 ans) a consommé du cannabis au moins une fois au cours de sa vie ; 2,8% en a consommé au cours du dernier mois.

L'**XTC** et les **amphétamines** sont ensuite les drogues les plus courantes. 2,3% de la population générale en a consommé au moins une fois dans sa vie et moins d'1% au cours du dernier mois.⁶

L'**héroïne** et la **cocaïne** terminent la liste (voir *infra*).

Consommation chez les jeunes

Le projet européen d'enquête dans les écoles sur l'alcool et d'autres drogues (« European School Survey Project on Alcohol and other Drugs » – ESPAD) a été réalisé en Belgique en 2003. Cette enquête, qui a été menée sur plus de 2.000 jeunes âgés de 15-16 ans, révèle les informations suivantes :

- **32,6%** des jeunes ont consommé une substance illégale au moins une fois (37,2% pour les garçons et 28,3% pour les filles) ;
- le **cannabis** est la **drogue la plus consommée** par cette population : 32,2% de jeunes en ont consommé une fois ; 26,7% en ont consommé l'année précédente ; 16,7% en ont consommé le mois précédent ;
- les **inhalants**, les **tranquillisants** ou sédatifs non prescrits médicalement et l'**XTC** sont ensuite les drogues les plus consommées, avec respectivement 4%, 3,1% et 2,7% de jeunes qui en ont consommé l'année précédente. L'usage des drogues synthétiques dont l'**XTC** concerne environ 100.000 jeunes de la Communauté française entre 15 et 30 ans.

Les garçons consomment ces substances à un âge plus jeune que les filles (à l'exception des tranquillisants).

III.2. Le cannabis

Descriptif

Le cannabis et le chanvre sont une seule et même espèce proche sur le plan botanique de l'ortie et du houblon. Elle produit plus ou moins de fibres et de

⁴ Une explication plus détaillée est notamment disponible sur www.infor-drogues.be.

⁵ Les Enquêtes de Santé par Interview sont organisées par l'Institut scientifique de Santé publique, en collaboration avec la Direction générale de la Statistique.

⁶ Institut scientifique de la santé publique, *Belgian National Report on Drugs 2003*, 2003.

résine suivant les conditions de sélection, de culture et de climat. C'est la résine de la plante qui contient la substance active responsable des effets psychotropes: le tétrahydrocannabinol ou THC.

L'absorption du cannabis peut se faire par **ingestion** ou **inhalation**. L'activité du produit dépend fortement de la voie d'administration. Elle est 3 à 4 fois plus importante en cas d'inhalation.

Les principales préparations obtenues à partir du cannabis sont:

- l'herbe, appelée aussi **marijuana**, composée des feuilles supérieures et surtout des fleurs séchées. Sa teneur moyenne en THC est de 2 à 10%. Aux Pays-Bas, on trouve néanmoins des plantes cultivées en intérieur dont la teneur en THC est bien supérieure (+/- 30% dans le cas des Nederwiet, Skunks et autres variétés).
- le **haschisch** est fabriqué à partir de la résine produite par la plante. Sa concentration moyenne en THC est de 5 à 25%.
- l'**huile** est un produit peu utilisé, fabriqué à partir du haschisch. Sa teneur en THC peut atteindre 50%

Une cigarette contenant 1 gramme de cannabis contient 5% de 9-THC, soit 50 mg dont 10 à 25% maximum sont absorbés par le fumeur. Les consommateurs de cigarettes contenant du cannabis consomment donc de 0,1 à 12,5 mg/joint.⁷

Consommation

Pour rappel, le cannabis est la drogue illégale la plus consommée. La plupart des consommateurs commencent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La majorité n'en consomme pas pendant longtemps. De nombreux consommateurs cessent rapidement ou *in fine* leur consommation, même après de nombreuses années d'utilisation. De nombreux consommateurs n'en utilisent que rarement ou occasionnellement.

Les utilisateurs de cannabis proviennent de toutes les classes sociales et de tous les milieux.

Une enquête de l'Université de Gand⁸ auprès d'**adultes ayant consommé au moins 5 fois du cannabis** établit que :

- l'âge moyen de la première consommation est de 16 ans ;
- la consommation a généralement lieu lors de fêtes dans un contexte « confidentiel ».

Une enquête effectuée en 2003⁹ auprès des **jeunes de 15-16 ans** démontre que :

⁷ Ministry of Public Health of Belgium, *Cannabis 2002 Report*, Technical Report of the International Scientific Conference Brussels, Belgium, 2002.

⁸ Decorte et al., Université de Gand, 2003.

⁹ Projet européen d'enquête dans les écoles sur l'alcool et d'autres drogues (« European School Survey Project on Alcohol and other Drugs » - ESPAD), 2003.

- 32,2% de jeunes ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie ;
- 26,7% en ont consommé l'année précédente ;
- 16,7% en ont consommé le mois précédent.

Parmi les jeunes qui affirment avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie :

- 35% en ont consommé 1-2 fois l'année précédente, 18% 3-5 fois l'année précédente et 16% plus de 40 fois l'année précédente ;
- 18% ont consommé à l'âge de 13 ans, 36% à l'âge de 14 ans et 32% à l'âge de 15 ans.

Usage problématique

La plupart des consommateurs de cannabis contrôle leur consommation du fait qu'ils en font un usage limité, occasionnel et peu important. Il est difficile de connaître le nombre de consommateurs qui n'y parviennent pas. La dépendance au cannabis n'est pas rare parmi les consommateurs, mais elle est moins fréquente que la dépendance à la cigarette et éventuellement la dépendance à l'alcool.

Droque d'escalade ?

Des études épidémiologiques établissent qu'il n'y a **pas de preuve convaincante** que le cannabis est une drogue d'escalade, à savoir que le cannabis en lui-même induit le consommateur à utiliser d'autres drogues illégales.

S'il existe un rapport statistique entre le consommateur de cannabis et la consommation d'autres drogues ultérieurement, ce type de rapport ne constitue pas à lui seul une preuve de causalité. La plupart des consommateurs de cannabis n'utilisent pas d'autres drogues par la suite. Cependant, le désir de non-conformité de certains adolescents et des facteurs éducationnels notamment peuvent augmenter la probabilité que ces jeunes consommateurs utilisent d'autres drogues que le cannabis.

Effets immédiats

Les effets immédiats de la consommation du cannabis sont **bien connus** et largement documentés dans la littérature scientifique.¹⁰ Ceux-ci apparaissent en 10 à 20 minutes et durent en moyenne de 2 à 10 heures suivant la dose consommée et la sensibilité individuelle. Ils associent des manifestations psychologiques et des symptômes physiques.

Au niveau psychologique, les effets de la consommation de cannabis se caractérisent par un ensemble de signes qui constituent « **l'ivresse**

¹⁰ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM – France), *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé*, <http://www.inserm.fr>, 2001.

cannabique », à savoir un état de somnolence, une euphorie, une désinhibition, une logorrhée, une sensation de stimulation intellectuelle et une sensation de bien-être. Ces manifestations s'accompagnent d'une altération réversible des performances psychomotrices et cognitives : altération de la perception temporelle, incapacité à accomplir des tâches complexes et troubles de la mémoire à court terme.

De nombreuses études démontrent l'influence de la consommation du cannabis sur la **conduite automobile** : temps de réaction allongé, capacité amoindrie de contrôle de la trajectoire, mauvaise appréciation du temps et de l'espace, etc. Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé concluait en 1995 à l'augmentation du risque d'accident de la route chez les consommateurs de cannabis. Il n'existe actuellement aucune norme officielle indiquant à partir de quelle concentration sanguine conduire serait imprudent.

Des cas d'**attaque de panique** et d'angoisse de dépersonnalisation ont par ailleurs été observés chez certains consommateurs de cannabis. L'absorption (fumée) de 9-THC > 0,2 mg/joint conduit à l'apparition d'hallucinations auditives et visuelles, ainsi qu'à un syndrome de déréalisation. L'apparition de ce type de trouble dépend tant de l'importance de la dose que de la durée de l'exposition.¹¹

Au niveau somatique, une augmentation de la fréquence et du débit cardiaque, des troubles digestifs, une vasodilatation et une irritation oculaire ont été constatés. **Aucun décès** consécutif à la prise isolée de cannabis n'a jamais été publié.

Effets liés à une consommation régulière et répétée

Les données sur les effets liés à ce type de consommation sont aujourd'hui encore **insuffisantes et contradictoires**.

L'existence d'une **dépendance** est **controversée**. Selon l'Association américaine de psychiatrie, il n'existerait pas de dépendance physique au cannabis.¹² Cependant, un phénomène de **tolérance** est observé. Celui-ci se caractérise par le besoin de quantités notablement plus importantes de produit pour obtenir l'effet recherché. Un syndrome de **sevrage** de faible intensité, qui se caractérise principalement par de l'agitation, de l'insomnie et de l'anxiété, a également été décrit. Une consommation quotidienne de 2 joints/jour durant une période de 11 à 21 jours serait suffisante pour induire un syndrome de sevrage lors de l'arrêt de la consommation.¹³

De fait, si on prend la population des jeunes qui, à titre récréatif et expérimental, fume du cannabis, bon nombre d'entre eux arrête cette consommation l'âge avançant ou la limite très fort. Il est constaté, au niveau clinique en tout cas, que ceux qui continuent à avoir une consommation régulière et importante sont ceux qui ressentent « de façon très positive » (calme, euphorie, détente, mieux-être)

¹¹ *Cannabis 2002 Report, op. cit.*

¹² American Psychiatric Information, *Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux*, Masson, Paris, 1996.

¹³ Jones, 1983 ; in Ashton, *Pharmacology and effets of cannabis : a brief review*, The British Journal of Psychiatry, 2001, 178 :101-106.

les effets du cannabis. Ceux-ci seront donc tentés de continuer. Ce sont bien sûr ces mêmes jeunes qui ont un terrain prédisposant, tel par exemple une grande anxiété, des passages à vide et des troubles dépressifs, des difficultés de tout type avec soi-même, un mal-être général. Ces personnes ne devraient pas continuer à consommer du cannabis car le même terrain prédisposant les amènera tôt ou tard à augmenter la consommation pour avoir les mêmes effets et à devenir aussi dépendant au minimum psychologiquement et parfois physiquement.

Au niveau psychologique, social et psychiatrique, les éléments observés et relatifs à la consommation régulière et répétée de cannabis concernent principalement le syndrome amotivationnel et les troubles mentaux.

Le **syndrome amotivationnel**, décrit depuis 1968, se traduit par la perte de la capacité de projection dans l'avenir, la perte d'élan vital, le désintérêt, le manque d'ambition et la diminution de l'efficacité intellectuelle. Le champ relationnel et les capacités de communication se réduisent également. Cependant, l'existence de syndrome est aujourd'hui **contestée**. En effet, certains facteurs médico-psychiatriques coexistants à la consommation de cannabis ont été observés, sans qu'un rapport de cause à effet soit établi.¹⁴

Certains **troubles mentaux** pourraient être révélés ou aggravés par la consommation de cannabis. Ce lien entre psychose et cannabis est actuellement **controversé**, principalement en raison de difficultés méthodologiques.¹⁵ Il est en effet complexe de démontrer qu'un lien de cause à effet existe entre les deux problématiques.

Au niveau somatique, des conséquences neurologiques (système nerveux central), endocriniennes, respiratoire et l'apparition de cancers sont décrits.

Les **effets neurocognitifs** concernent essentiellement l'altération de la mémoire à court terme. Les recherches menées n'ont pas apporté la démonstration d'une persistance dans le temps de cette perturbation. De plus, les études menées en vue d'investiguer la motivation et les performances scolaires et professionnelles restent contradictoires.

Des **effets endocriniens**, qui se manifestent par une réduction des concentrations sanguines de testostérone notamment, ont été observés. Les **conséquences** physiologiques de ce phénomène restent **discutées**.

Les conséquences sur le **système respiratoire** sont à rapprocher de celles du tabagisme chronique, à savoir la toux et les bronchites chroniques. Selon certaines études, la consommation de trois à quatre joints par jour cause les mêmes risques de développement d'une bronchite chronique que la consommation de 20 cigarettes par jour.¹⁶

L'apparition de **certains cancers** (bouche, pharynx, œsophage, larynx, et poumons) liés à la consommation de cannabis est largement documentée. Il faut

¹⁴ *Cannabis 2002 Report, op. cit.*

¹⁵ *Cannabis 2002 Report, op. cit.*

¹⁶ VAD (2004).

noter que l'évaluation de potentiel cancérigène d'un usage régulier de cannabis doit tenir compte de son mode de consommation (associé au tabac ou fumé sous forme de marijuana). La quantité de goudrons présents dans la fumée d'une cigarette de cannabis (50 mg) est plus élevée qu'elle que celle que contient une cigarette de tabac (12 mg). La concentration en produits cancérigènes est également plus importante dans ces goudrons de cannabis.

Le cannabis à usage médical

Le cannabis et les préparations dérivées de cannabis sont utilisés comme substance médicale dans de nombreux cas et pour différentes pathologies. Il existe une abondance de rapports sur cette question. Des études cliniques de petite échelle ont été menées ces dernières décennies sur les effets thérapeutiques du cannabis. La littérature recense une série d'applications pour lesquelles le cannabis serait efficace (nausées et vomissements liés à la chimiothérapie, stimulation de l'appétit pour les patients cancéreux et ceux atteints du virus du SIDA, ...). Même si aucun des rapports ou études publiés sur le sujet ne fournit de preuve scientifique suffisante ou concluante, compte tenu de la faible qualité générale des cadres d'étude et du manque de statistiques, des indications prometteuses de l'efficacité du cannabis en tant que médicament existent.¹⁷

Une proposition de loi VLD-MR-SP.A vise à permettre la consommation du cannabis dans un cadre médical.¹⁸ Elle prévoit également la création d'un Bureau pour le cannabis médical, qui en organisera notamment la culture, la production et le stockage.

III.3. L'ecstasy (XTC)

Descriptif

Sur le plan chimique, il s'agit d'une amphétamine (MDMA) modifiée. Cette substance associe les effets stimulants des amphétamines (disparition des sensations de faim et de sommeil, augmentation de l'endurance et de la confiance en soi) et une impression d'euphorie favorisant le contact. Elle peut produire une modification des perceptions tant visuelles qu'auditives et tactiles.

Consommation d'XTC

La consommation annuelle des drogues synthétiques, dont l'XTC, est estimée à environ 8 tonnes, soit 24 millions de pilules. Elle concerne environ 100.000 jeunes en Communauté française, qui ont majoritairement entre 15 et 30 ans. La consommation s'arrête, pour la moitié des usagers, après 2 ans ½ en moyenne.

¹⁷ *Cannabis Report 2002*, p. 111.

¹⁸ Proposition de loi complétant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, accompagnée d'un chapitre sur l'utilisation du cannabis en tant que plante médicinale, 1^{er} avril 2005, Sénat de Belgique, V-844/1.

Effets

Les **dangers** de l'XTC sont réels: troubles de la perception, incoordination des mouvements (conduite automobile dangereuse), problèmes cardiaques et troubles circulatoires. États d'angoisse, panique et confusion peuvent entraîner le développement d'une dépression chez des individus fragiles.

Un autre danger considérable tient dans l'importante quantité de sueur que produit le consommateur d'ecstasy. Cet effet, combiné à un effort physique intense (elle est consommée comme « drogue à danser » dans des dancings) et à la température ambiante élevée, peut conduire à une déshydratation importante et dangereuse (perte de connaissance, coma).

La méconnaissance des risques liés à l'usage des drogues de synthèse et la méconnaissance des produits contenus dans les pilules vendues pour de l'XTC sont responsables chaque année de **décès**. Ces décès sont chaque fois justifiés par le fait que la personne ne perçoit pas, sous l'effet de l'XTC, les signaux physiologiques annonciateurs ; qu'elle est en train de dépasser ses limites physiques et psychologiques ; et qu'à un certain moment, des désordres majeurs tels que de la déshydratation, des troubles du rythme cardiaque, des problèmes respiratoires et autres perturbations métaboliques apparaissent.

Les troubles cognitifs de détérioration existent également avec l'XTC lorsqu'il est consommé de façon régulière, en particulier en association avec des boissons alcoolisées, ce qui est malheureusement la règle dans les endroits où on l'utilise.

III.4. La cocaïne

Descriptif

La cocaïne est une substance extraite des feuilles d'un arbrisseau sud-américain. Elle peut être sniffée, injectée et fumée sous forme de crack.

La cocaïne accroît la vigilance et la concentration. Ses effets sont courts, de 30 à 45 minutes, et sont suivis d'une période de lassitude parfois déprimante. A dose élevée elle peut provoquer de graves troubles du comportement – agitation, peur panique, violence... – et peut entraîner des complications cardiaques et respiratoires.

Consommation

Il n'y a pas de statistiques ou d'études nationales permettant d'évaluer le nombre de consommateurs de cocaïne. Une étude menée à Charleroi montre qu'environ 7% des personnes en traitement pour dépendance aux drogues y sont pour consommation de cocaïne.

Effets

La **dépendance psychologique** est très forte, à cause du sentiment de puissance et de maîtrise que la cocaïne procure et de la courte durée de ses effets qui mène à vouloir en reprendre. Les effets varient en fonction de l'usage occasionnel, chronique ou régulier et de l'importance de la dose.

Les symptômes de la **dépendance** à la cocaïne sont principalement psychologiques :

- activités importantes déployées pour se procurer le produit ;
- consommation compulsive malgré les risques médicaux, sociaux et légaux ;
- importance des rechutes après un sevrage.

Le syndrome d'abstinence se caractérise par différents symptômes :

- fatigue et humeur dépressive ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- agitation psychomotrice et anxiété (avec parfois des attaques de panique).

Il n'y a pas de consensus relatif à l'intensité de dépendance que génère la cocaïne. Par contre, le crack (cocaïne concentrée qui est fumée) génère une dépendance forte et relativement rapide.

III.5. L'héroïne

Descriptif

L'héroïne est le dérivé de l'opium le plus utilisé par les toxicomanes. Elle est synthétisée à partir du pavot. Elle se fume, se sniffe ou s'injecte, ce dernier mode d'absorption produisant les effets les plus rapides.

L'injection procure d'abord un plaisir violent et bref (le *flash*), suivi par un état de bien-être qui s'achève par une descente plus ou moins désagréable.

Consommation

A nouveau, il n'y a pas de statistiques ou d'études nationales permettant d'évaluer le nombre de consommateurs d'héroïne. L'étude menée à Charleroi montre qu'environ 6,5% des personnes en traitement pour dépendance aux drogues y sont pour consommation d'héroïne.

Effets

L'héroïne, si elle est consommée régulièrement, entraîne une **grande dépendance physique** qui se traduit par des crises douloureuses en cas de manque et une anxiété permanente liée à la difficulté de s'en procurer. Il est dès lors très difficile d'en arrêter la prise, d'autant plus que la tolérance à l'héroïne oblige à accroître progressivement les doses pour retrouver les mêmes effets.

Le marché illégal de l'héroïne a par ailleurs des conséquences néfastes pour le consommateur. En effet, pour accroître leur profits, les revendeurs mélangent couramment l'héroïne à d'autres produits parfois hautement toxiques: l'héroïnomane ne sait jamais exactement ce qu'il s'injecte. D'autre part, des overdoses peuvent survenir lorsqu'une héroïne fournie est plus pure que celle qui a été livrée d'habitude.

IV. Information et prévention

« Nous baignons dans un bain d'images, de mots, d'attitudes et de références aux drogues, à la dépendance et aux comportements toxicomaniaques. Sur ce plan, nous sommes surinformés mais mal informés. La saturation due à la répétition systématique des mêmes types d'informations et de clichés contribue à entretenir la méconnaissance publique. »¹⁹

La mission d'information est complexe. Il s'agit en effet d'informer sans tomber dans les deux extrêmes : la banalisation ou la dramatisation.

La prévention vise tant la prévention générale (développement du sens critique ; apprentissage des choix de vie ; etc.) qui concerne une multitude de secteurs (famille, enseignement, éducation permanente, promotion de la santé) que la prévention ciblée auprès de certains publics (communication de messages plus spécifiques ; réduction des risques ; etc.).²⁰

Les Communautés sont seules compétentes en matière d'information et de prévention. Contrairement aux Communautés flamande et germanophone, la Communauté française **ne dispose pas d'une structure officielle unique** chargée de la coordination des différentes initiatives relatives à la prévention en matière de drogues.

La prévention dans les écoles cible principalement les écoles de l'enseignement secondaire. Une série de **circulaires** ont été mises en œuvre pour encourager les écoles à implémenter des projets de prévention.

Les activités de prévention augmentent et deviennent plus variées. Les interventions de prévention dans les écoles sont soit menées par des associations spécialisées soit par l'école elle-même.

Tous les projets financés par la Communauté française doivent comprendre une évaluation. Cependant, la plupart de ces évaluations sont internes. Le financement pour des évaluations d'impact est très limité.

La Communauté française finance deux départements d'université (ULB et ULg) afin qu'ils fournissent le support technique aux promoteurs des projets de prévention.

¹⁹ Ph. Bastin, *Comment améliorer l'information et la prévention ?*, texte présenté lors du Colloque de l'Institut Emile Vandervelde le 22 septembre 2005, www.infor-drogues.be.

²⁰ Ph. Bastin, *op. cit.*

Certains projets de prévention visent spécifiquement les parents sous accoutumance aux drogues. D'autres activités de prévention (information, distribution d'eau, etc.) sont organisées dans le cadre d'activités récréatives (festivals, discothèques, etc.).

V. Conséquences de la consommation

V.1. Conséquences en termes de santé

Les décès

Les dernières données émanant de l'Institut National des Statistiques datent de 1997. Il y a eu **123 décès** liés aux drogues cette année-là. La grande majorité de ce type de décès concernent des hommes de 20 à 34 ans.

Les principales causes de décès sont dues à des **overdoses d'héroïne ou de cocaïne**. Les **drogues synthétiques** sont également chaque année responsables de décès (voir aussi *infra*).

Les autres conséquences

Outre les descriptions des effets des différentes drogues reprises en point I. ci-dessus, il faut mentionner la **transmission de maladies infectieuses** (HIV/SIDA, hépatite B et C, tuberculose) par l'utilisation commune de seringues.

Il n'y a pas de données relatives aux **accidents de la route** liés à la consommation de drogues. Cependant, l'impact de cette consommation sur les accidents de la route ne peut être sous-estimé. La loi du 16 mars 1999 établit cinq catégories de substances qui doivent être contrôlées dans le cadre de la sécurité routière (cannabis, amphétamines, métamphétamines, morphine et cocaïne).

V.2. Conséquences sociales

Exclusion sociale

Sans rentrer dans les détails, les conséquences sociales de la consommation de drogues sont nombreuses.

Une étude de 2004 constate que les usagers de drogues interviewés sur leurs perceptions de leur consommation se sentent **démunis et exclus**.

La consommation peut aboutir à l'**exclusion sociale** car elle peut avoir un impact ou contribuer au chômage, aux problèmes financiers, au décrochage scolaire, à la prostitution etc.

Infractions liées aux drogues

Il convient de faire une distinction entre les infractions liées à la **consommation des drogues pour usage personnel** (voir également *infra* concernant la proposition du PS relative à la réglementation du cannabis) et les infractions liées au **trafic** de drogues.

En 2000, **73,4% des infractions** concernaient la détention de drogues pour **usage personnel**. En 2003, un total de 18.683 personnes ont été interpellées pour consommation, détention ou trafic. Les infractions relatives au cannabis (consommation pour usage personnel et trafic) sont les plus nombreuses (13.884 en 2003).²¹

Les informations concernant les **poursuites pénales** ne sont pas compilées de manière systématique. On peut cependant conclure qu'au moins la moitié des personnes interpellées ont entre 18 et 24 ans. **72% des cas de poursuites concernent le cannabis**, 12% les amphétamines et 10% l'XTC. Les poursuites pénales pour détention et consommation d'héroïne et de cocaïne sont en diminution constante depuis 2000.

Criminalité et nuisances liées aux drogues

La recherche établit une distinction claire entre différents types de nuisances. On distingue parmi les nuisances objectives :

- les nuisances **criminelles** : il s'agit des infractions commises pour acquérir de la drogue (effraction, vol, violences physiques, etc.), des infractions sans victime directe (trafic, etc.) et des infractions « expressives » (infractions commises sous l'influence des drogues) ;
- les nuisances **publiques** : ces nuisances sont moins objectives mais sont dans certains cas intégrées dans le champ judiciaire (tapage nocturne, etc.).

VI. Prise en charge, réduction des risques et (ré)insertion

Selon la Note de politique fédérale de 2001, le Gouvernement fédéral plaidera pour une **renégociation des Conventions des Nations Unies en matière de drogues** (Convention du 30 mars 1961, Convention du 21 février 1971 et Convention du 20 décembre 1998), qui ne sont pas propices à une politique novatrice de l'assistance en matière de drogues. En effet, ces Conventions ne prévoient nulle part les initiatives relatives à la réduction des risques (échange de seringues, distribution contrôlée d'héroïne, etc.).

Il n'y a eu **aucune avancée** sur ce point.

²¹ *Belgian National Reports on Drugs 2002-2004, op. cit.*

VI.1. Généralités

« *Finis le temps où hors le sevrage à l'hôpital suivi du long séjour résidentiel à l'extérieur de la cité, il n'y avait point de salut ; fin le temps du parcours du combattant avant de mériter de rencontrer le thérapeute qui commençait d'abord par tester votre réelle motivation à vouloir vraiment en sortir.* »²² Les différents types de traitements se sont en effet multipliés, différenciés et spécialisés ces dernières décennies.

A l'heure actuelle, la personne peut opter pour les possibilités suivantes : un accueil en urgence ; un traitement de substitution chez le médecin généraliste ; une mise au point physique dans un hôpital universitaire ; la délivrance d'une seringue stérile ou un échange de seringue dans un comptoir (voir aussi *infra*) ; une cure de désintoxication sous anesthésie générale ; un séjour en salle de psychiatrie ; une visite lors d'un séjour en prison ; etc.²³

Le secteur en charge des patients souligne cependant que ces dispositifs sont insuffisants, en quantité et parfois en qualité.

VI.2. Organisation de l'offre de soins

La Note de politique fédérale de 2001 précise que l'assistance doit prendre la forme d'une réponse différenciée lorsque la prévention de l'abus de drogues n'atteint pas son but. La toxicomanie est un problème bio-psycho-social complexe qui demande une approche multidisciplinaire adaptée. Une **offre d'assistance spécifique, globale et intégrée** doit être créée pour le groupe cible des « consommateurs-toxicomanes. »

Selon la Note fédérale, l'organisation des soins aux toxicomanes doit être développée dans un cadre mieux intégré. Les institutions reprises dans les conventions INAMI et l'offre de soins aux toxicomanes des hôpitaux psychiatriques doivent être incluses dans ce cadre légal. L'offre de soins doit être élaborée via les **réseaux régionaux** et les **circuits de soins locaux**.

La Note fédérale prévoit par ailleurs la création d'un **Groupe local de coordination Drogues** (GLD) qui a pour mission d'examiner les besoins régionaux en matière de soins, et faire l'inventaire de la prévention et de l'assistance aux toxicomanes et les décrire en termes de programmes de soins régionaux et de circuits de soins.

Le décret de la Région wallonne du 27 novembre 2003 organise la reconnaissance et le financement des **réseaux d'aide et de soin et des services spécialisés en assuétudes**. Ce décret a pour objectifs d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts aux personnes dépendantes et à leurs familles et de renforcer la cohérence des actions menées dans une logique de réseau rassemblant l'ensemble des acteurs concernés par les assuétudes.

²² S. Zombek, *Comment améliorer l'offre des traitements ?*, texte présenté lors du Colloque de l'Institut Emile Vandervelde du 22 septembre 2005.

²³ S. Zomberk, *op. cit.*

Afin de couvrir l'ensemble du territoire wallon, d'assurer une même offre de soins aux zones urbaines comme rurales et d'éviter la dispersion des moyens, le décret prévoit la création de 12 zones de soins.²⁴ Un réseau d'aide et de soins pourra être agréé par zone.

Une Commission consultative en matière d'assuétudes complète ce dispositif basé sur une large concertation du secteur et sur une intégration cohérente dans l'ensemble des politiques menées, tant au niveau fédéral que communautaire.

VI.3. Financement de l'assistance

Le financement de l'assistance aux toxicomanes est **éclaté**.

Une grande partie des centres de traitement spécialisés est actuellement financée au départ de conventions INAMI conclues à titre individuel tandis que les prestations de soins sont remboursées en application de la législation générale. Une autre partie est financée sur la base de la législation sur les hôpitaux. Les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux sont les plus impliqués dans l'assistance aux toxicomanes. Le volet « Drogue » du plan global complète ces financements. Les entités fédérées, les provinces et les communes investissent aussi dans l'assistance aux toxicomanes.

VI.4. Assistance aux toxicomanes par le case management et les unités de crise

La Note de politique fédérale de 2001 prévoit l'introduction de la **méthode du case management** dans le secteur de l'assistance aux soins. Cette méthodologie constitue une forme d'accompagnement et de suivi individuel du toxicomane.

La loi du 3 mai 2004 modifiant la loi du juillet 1921 crée les **case managers « santé publique »**. Le parcours des toxicomanes est généralement de longue durée avant un début de stabilisation. Il est par ailleurs émaillé de périodes de stabilisation, de rechutes et de passages dans un grand nombre diversifié de structure de soins et parfois d'incarcération. Il est dès lors apparu nécessaire de créer une fonction d'assistance et de support permanent (fonction remplie habituellement par l'entourage proche et la famille devenus inexistantes chez un nombre certain de toxicomanes) auprès de certains toxicomanes à parcours long et difficile. Cette fonction de case management a été associée à la mise en place des Unités de Crise hospitalières pour une admission rapide, urgente et orientation. C'est au départ de ces cas de crise que l'on peut sélectionner ceux qui pourraient bénéficier d'un accompagnement de longue durée par un « case manager ». Une dizaine de ces centres ont été installés en Belgique et font l'objet d'évaluation régulière. Les bénéfices sont particulièrement évidents.

²⁴ Zone 1 : Tournai, zone 2 : Centre, zone 3 : Brabant wallon, zone 4 : Huy-Waremme, zone 5 : Liège, zone 6 : Verviers, zone 7 : Mons, zone 8 : Charleroi, zone 9 : Namur, zone 10 : Dinant, zone 11 : Philippeville, zone 12 : Luxembourg.

Deux autres projets pilotes ont lieu dans le cadre des institutions hospitalières :

- **coordinateur de soins** : il s'agit de faciliter la concertation pour un groupe cible sur le territoire d'une province, notamment en mettant autour de la table les acteurs nécessaires et concernés par la concertation. L'objectif est de créer des circuits de soins pour les groupes cible. Cette coordination se déroule au sein des plate-formes de concertation mentale.

- **double diagnostic** : c'est le traitement intensif et intégré des troubles psychotiques et des troubles de consommation pour des patients qui au départ éprouvaient des difficultés à être suivis dans les programmes de soins offerts aux toxicomanes (puisqu'ils présentent des troubles psychiques) et dans les institutions du secteur psychiatrique (puisqu'ils sont toxicomanes).

Les trois projets pilotes devront être définitivement évalués en 2006 et éventuellement intégrés en 2007.

VI.5. Traitements de substitution

La Note de politique fédérale de 2001 souligne l'**utilité des traitements de substitution**, dont les effets positifs suivants sont observés : diminution de l'usage d'autres opiacés ; accroissement de la productivité sociale ; baisse du comportement à risques ; meilleur contact avec l'assistance ; et amélioration de la santé physique et psychique et une baisse de la mortalité.

L'arrêté royal du 4 juillet 2001 autorise la délivrance de médicaments contenant ou un plusieurs **tétrahydrocannabinol(s)** dans un but thérapeutique et moyennant certaines conditions. Toutefois, à ce stade, les essais ne concernent pas les usagers de drogue mais bien d'autres pathologies et symptômes liés par exemple à des complications et effets secondaires de traitement du cancer en chimio- et radiothérapie, tels que les problèmes d'anxiété, de douleur, de diminution d'appétit ou de fatigue générale pour lesquels l'administration de tétrahydrocannabinol s'est avérée efficace et bien tolérée.

A l'initiative de Philippe Mahoux a été adoptée le 22 août 2002 une loi visant à la **reconnaissance légale des traitements de substitution** et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques.

- Cette loi autorise tout traitement consistant à prescrire à un patient toxicomane des stupéfiants sous forme de médicaments et visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie.
- A l'heure actuelle, la méthadone et la brunénorphine sont les seuls médicaments qui peuvent être délivrés, en vertu de l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution. Cet arrêté royal n'est toujours pas complètement opérationnel en ce qui concerne l'encadrement de la délivrance de méthadone afin d'éviter le « shopping » de demande de prescription d'un certain nombre d'usagers auprès de plusieurs médecins en même temps. Par contre, les évaluations cliniques de bon usage d'administration de méthadone ont fait l'objet d'une conférence de consensus en 1996. Un suivi de la conférence de consensus a eu lieu en 1999-2000. Les évaluations ont montré que les bonnes pratiques s'installaient effectivement correctement.

VI.6. Installation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (MASS)

Un bon nombre d'usagers de drogue sont marginalisés. Ils ont également des difficultés à se présenter aux unités d'accueil des institutions classiques étant donné qu'ils perçoivent la structuration de ces institutions comme trop rigide. Des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (MASS) ont dès lors été installées sur le modèle d'un dispensaire où le toxicomane peut se présenter sans rendez-vous, venir parler de ses problèmes et de ses demandes multiples sans devoir « entrer dans un programme » précis.

L'activité de ces MASS (9 en Belgique) a fait l'objet également d'évaluations qui se sont avérées particulièrement positives.

Enfin, il faut signaler que bon nombre d'initiatives locales ont été prises sans programmation mais du fait d'intervenants locaux. Ces initiatives parfois très originales et efficaces n'ont pas été suffisamment diffusées ou/et utilisées par les usagers de drogue et leur entourage telles par exemple : la ligne téléphonique, plusieurs pages web, la cannabis clinic, le pill testing, etc.

VI.7. Echange de seringues

L'**arrêté royal** relatif à l'échange de seringue a été adopté le 5 juin 2000. Son arrêté d'exécution précise que cette pratique 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. Les entités fédérées sont responsables de l'exécution et du financement de l'échange de seringues.

La plupart des associations spécialisées en assuétudes financées par la Région wallonne offrent ce service à leur public cible dans le cadre de leurs missions. La Région wallonne finance, par ailleurs, des actions spécifiques d'échanges de seringues (notamment le « Comptoir de seringues » et « Carolo Rue » à Charleroi ainsi que Modus Vivendi).

VI.8. Délivrance d'héroïne sous contrôle médical

Si la Note politique fédérale de 2001 reconnaît l'effet favorable de cette pratique sur le nombre de nouveaux cas de contagion par le VIH et le virus de l'hépatite, elle précise que le Gouvernement ne lancera pas et ne financera pas d'expériences en matière de délivrance contrôlée d'héroïne.

Les réflexions sur la question de la **délivrance d'héroïne sous contrôle médical comme moyen de traitement** de la toxicomanie sont le plus avancées à **Liège**. Elles ont abouti en 1998 à l'élaboration d'un protocole clinique réalisé par l'Université de Liège, dans le cadre du contrat de sécurité et de prévention de la ville. Ce protocole clinique de délivrance de l'héroïne sous contrôle médical a reçu en 1999 l'accord formel des autorités médicales et le soutien unanime des autorités politiques locales. Il a été actualisé en 2003.

Marie-Claire Lambert a dans ce cadre déposé le 3 juin 2004 à la Chambre une **proposition de résolution** visant à autoriser et soutenir une **expérimentation clinique de prescription et de délivrance d'héroïne sous contrôle médical** (DOC 51 1189/001). Cette proposition prévoit notamment l'inscription de l'héroïne dans la liste des substances stupéfiantes autorisées sous forme médicamenteuse pour le traitement de substitution, ainsi que la mise en œuvre d'un programme de traitement de substitution par prescription et délivrance sous contrôle médical d'héroïne à des patients toxicomanes.

Suite à l'interpellation de la ville de Liège, Guy Verhofstadt demande en décembre 2002 que la ville de Liège, confrontée à un nombre important de personnes toxicomanes, mette sur pied via une « Task Force Drogue » un plan stratégique en matière de drogue. Ce plan établit une série de mesures précises et budgétisées, notamment pour la mise en place de salles de consommation et d'un programme de délivrance d'héroïne sous contrôle médical. A l'heure actuelle, le plan est prêt à être mis en place. Il bénéficie dans son ensemble de l'assentiment et de la collaboration des différentes autorités compétentes (autorités judiciaires, police, ville de Liège etc.). Sa mise en œuvre nécessite des moyens financiers spécifiques.

VII. Le trafic de drogues

Le marché et les prix

Le commerce des drogues illégales génère **2,5 milliards EUR par an** en Belgique.

Les principaux trafics se situent à Anvers, Bruxelles, Liège et Mons.

Le prix des drogues dures a considérablement baissé depuis 2002, suite à l'arrivée de nouvelles filières. Un gramme d'héroïne est vendu pour environ 25 EUR et un gramme de cocaïne pour 50 EUR.

Le prix du cannabis a également sensiblement diminué.

Les saisies

L'explication relative au système légal des saisies et confiscations et à l'importance des montants saisis, sera développée dans la deuxième partie.

Il y a eu 22.246 **saisies** de drogues illégales en 2003.

14,3 tonnes de **cannabis** ont été interceptées, 258 plantations ont été dépistées et 27.339 plantes ont été recensées en 2003. De plus en plus d'implantations industrielles de cannabis, aux mains de cultivateurs hollandais, s'implantent en Belgique.

800.000 pilules d'**XTC** ont été saisies en 2000. Pour rappel, la consommation annuelle de drogues synthétiques est estimée à environ 8 tonnes, soit 24 millions de pilules.

1.104 saisies d'**héroïne** ont eu lieu en 2003, soit 51 kg, contre 262 kg en 2002 et 231 kg en 2001. Cette diminution pourrait notamment s'expliquer par les baisses de trafics constatées en Asie du sud ouest.

La Belgique est la cinquième porte d'entrée de **cocaïne** en Europe. 1.845 saisies de cocaïne ont été effectuées en 2003 pour un poids total de 646 kg (3,5 tonnes en 2002 et 1,2 tonnes en 2001).

DEUXIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS DU PS POUR LUTTER CONTRE LES DROGUES

Les propositions du PS s'articulent autour de la philosophie suivante. Il est fondamental d'avoir un **message clair en terme de santé publique** : les drogues sont néfastes tant pour la santé physique que mentale de la personne ; elles ont par ailleurs un impact négatif très important sur la société dans son ensemble. L'usage de toutes les drogues doit nécessairement être découragé. Par ailleurs, les réponses que le PS apporte pour lutter efficacement contre toutes les drogues **ne peuvent être limitées au seul champ pénal**. Elles s'intègrent dans une approche globale.

Les propositions du PS visent les **9 axes prioritaires** suivants, qui doivent être lus de manière globale et complémentaire :

- développer des campagnes massives et récurrentes de santé publique et renforcer la prévention ;
- créer et financer un Fonds de lutte contre les assuétudes ;
- créer un service téléphonique d'aide pour renseigner et orienter les personnes confrontées directement ou indirectement à un problème de drogues ;
- renforcer la lutte contre les trafics de drogues ;
- soustraire les consommateurs des circuits criminels ;
- renforcer la politique de réduction des risques ;
- améliorer l'offre de traitements ;
- renforcer les structures et la coordination de la politique en matière de drogues ;
- assurer une politique cohérente et intégrée au sein des établissements pénitentiaires.

AXE 1 : CAMPAGNES MASSIVES ET RECURRENTES DE SANTE PUBLIQUE ET RENFORCEMENT DE LA PREVENTION

1. Le PS demande le lancement de programmes récurrents de **campagnes massives de santé publique** relatives aux dangers des drogues. Cette campagne visera en premier lieu les **jeunes**.

Ces campagnes de santé publique seront élaborées au sein de la future Cellule générale de politique en matière de drogues (voir aussi *infra*). Elles doivent en premier lieu fournir une information objective, sans tabou, sans simplification, sans dramatisation ni banalisation.

L'actuelle absence de clarté entourant la réglementation du **cannabis** ne permet pas une information claire et cohérente sur ce qui est admis, permis ou réprimé par la loi et les autres dispositions administratives. Par contre, en terme de santé publique, un certain nombre de données précises existent et sont bien documentées. Elles doivent être beaucoup plus largement et ouvertement diffusées que ce n'est le cas aujourd'hui. Il est important que les acteurs de terrain trouvent un consensus sur les risques liés à la consommation afin de diffuser différents messages ciblés (notamment aux parents d'enfants consommateurs).

Il est fondamental de **rappeler que le cannabis est une drogue** et d'expliquer les effets du cannabis sur la santé (voir *supra*). Ce message doit nécessairement être intégré dans la proposition de campagne récurrente d'information et de prévention expliquée ci-dessus.

La première campagne aura lieu au moins 18 mois avant la mise en œuvre de la nouvelle loi réglementant l'usage du cannabis (voir *infra*).

Les campagnes de santé publique doivent également porter sur les dangers liés à la résurgence de drogues spécifiques, telles que par exemple le GHB (acide gamma-hydroxybutyrique), plus connu sous le nom d'XTC liquide ou de drogue du viol.

2. Le PS rappelle la nécessité de communiquer sur les **dangers de conduite sous influence de stupéfiants**. La loi du 16 mars 1968 relative à la police de circulation routière sanctionne la conduite sous influence de cinq types de stupéfiants (cannabis, amphétamines, métamphétamines, morphine et cocaïne).²⁵ Elle prévoit des peines d'amendes et/ou d'emprisonnement.

3. Les missions de **prévention** actuellement menées par le Ministère de l'Intérieur dépassent largement les questions relatives à la sécurité, la répression et le contrôle des drogues. Elles concernent également les secteurs sanitaire, social et éducatif qui relèvent en grande partie des compétences des entités fédérées.

La Communauté française a adopté un plan de promotion de la santé 2004-2008, qui doit être appliqué.

Les politiques de prévention des assuétudes doivent être mises en œuvre dans les **écoles**. Elles doivent exclure les mesures émanant des forces de police et des institutions non reconnues par les entités fédérées. Par ailleurs, **l'offre de prévention** dans les écoles doit être mieux organisée.

Le PS propose dans ce cadre les mesures suivantes :

- dans un premier temps, établissement d'une **circulaire à destination des écoles relative à la prévention des assuétudes**, afin de clarifier le cadre ;
- dans un second temps, élaboration d'un **décret « prévention des assuétudes à l'école »** reprenant l'ensemble de la politique de prévention des

²⁵ Articles 37bis et 63 de la loi du 16 mars 1968 relative à la police de circulation routière. Cette loi prévoit des taux maxima autorisés de concentration dans le sang (THC : maximum 2 ng/ml).

assuétudes (définition, acteurs reconnus par la Communauté française, campagne annuelle, etc.) ;

- mise en oeuvre de « **points d'appui de prévention des assuétudes à l'école** », permettant de fournir des informations générales en la matière (relevé des associations spécialisées sur la zone du bassin scolaire ; relevé et élaboration d'outils, d'animations, etc. de prévention adapté en milieu scolaire ; animation d'un réseau inter-écoles) et des informations concernant les possibilités d'orientation pour les jeunes soumis à des problèmes d'assuétudes (orientation notamment vers les structures médicales adaptées) ;
- élaboration de brochures d'information en matière d'assuétudes à destination de la communauté éducative.

Concernant le cannabis spécifiquement, on constate, au niveau clinique en tout cas, que les jeunes qui continuent à avoir une consommation régulière et importante sont ceux qui ressentent temporairement « de façon positive » (calme, euphorie, détente, mieux-être) les effets du cannabis. Ceux-ci seront donc tentés de continuer. Ce sont ces mêmes jeunes qui ont un terrain prédisposant, tel par exemple une grande anxiété, des passages à vide et des troubles dépressifs, des difficultés de tout type avec soi-même ou encore un mal-être général. Il serait salutaire qu'ils ne continuent pas à consommer du cannabis car le même terrain prédisposant les amènera tôt ou tard à augmenter la consommation pour avoir les mêmes effets et à devenir aussi dépendant au minimum psychologiquement et parfois physiquement.

Le PS demande qu'un **dépistage précoce de ces terrains à risque** soit mis en place dans ce cadre.

AXE 2 : UN FONDS DE LUTTE CONTRE LES ASSUETUDES

1. Etat des lieux relatif au financement

Comme indiqué ci-dessus, le montant total des dépenses relatives à la politique contre les drogues s'élevait à **186 millions EUR** en 2002.²⁶ Les dépenses sont réparties comme suit :

- 54% pour la répression (98 millions EUR) ;
- 38% pour l'assistance et les soins (78 millions EUR) ;
- 4% pour la prévention (8,2 millions EUR) ;
- 1% pour la recherche et l'épidémiologie (2,7 millions EUR).

Ces chiffres ne reflètent pas les grandes options politiques prises dans le cadre de la Note de politique fédérale de 2001, qui met l'accent sur 3 axes : prévention ; assistance ; et prévention et réduction des risques.

²⁶ B. De Ruyver et al., *op. cit.*

Il y a une **disproportion** manifeste entre les budgets alloués à la répression et ceux alloués à la prévention et à la réduction des risques, qui reste sous financée. Il en va de même pour la recherche.

2. Un Fonds de lutte contre les assuétudes

Différents Etats, dont l'Espagne et le Luxembourg notamment, ont mis sur pied un Fonds alimenté par le produit des saisies et confiscations découlant des infractions relatives aux stupéfiants.

A titre d'exemple, le **Fonds espagnol** a récolté 7,5 millions EUR en 2003 et 8 millions EUR en 2004. Le Conseil des Ministres espagnol établit chaque année les critères d'affectation de ce Fonds. L'affectation du Fonds pour 2005 vise les postes suivants : programmes de lutte contre les trafics et le blanchiment d'argent (amélioration notamment des systèmes de communication au sein des forces de l'ordre) ; et programmes de prévention, d'assistance et d'aide aux personnes toxicomanes.

Le PS propose la mise sur pied d'un **Fonds de lutte contre les assuétudes** dont les ressources seront allouées aux messages de santé publique et à l'offre de traitements des personnes toxicomanes. Il sera géré par le Ministre de la Santé en concertation avec les Communautés et les Régions.

3. Saisies et confiscation

3.1. La législation actuelle

Les textes

La matière est réglée principalement par le **Code pénal** (articles 42 et suivants) et le **Code d'instruction criminelle** (articles 35 et suivants).

D'importantes modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} septembre 2003, étendant de manière parfois considérable les possibilités de saisies et de confiscations :

- la loi du 26 mars 2003 portant création d'un **Organe Central pour la Saisie et la Confiscation** (OCSC) ;
- la loi du 19 mars 2003 modifiant notamment le Code d'instruction criminelle.

Le contenu de ces 2 lois est en outre précisé par une **circulaire** du Collège des Procureurs généraux du 2 avril 2004 (COL 7/2004).

Les définitions et objets

La **saisie** en matière pénale est une mesure conservatrice, prise dans le cadre de l'information, de l'instruction ou de l'enquête sur les avantages patrimoniaux, impliquant qu'un bien soit soustrait à la libre disposition de son propriétaire et

qu'il soit placé sous le contrôle des autorités judiciaires en vue de sa production ultérieure devant les juridictions ou de sa confiscation.

La **confiscation** est une dépossession forcée au profit du trésor public qui constitue une peine prononcée dans le cadre du jugement de fond (le plus souvent une condamnation). Même si le cas est fréquent pour des raisons d'efficacité, la confiscation n'est juridiquement pas subordonnée à une saisie préalable.

Peut être concernée par une saisie ou une confiscation toute **personne** (auteur, co-auteur, complice) suspectée ou condamnée pour **violation de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances stupéfiantes** lorsque les faits concernent l'importation, l'exportation, la production, la vente ou la mise en vente des substances interdites.

Les choses suivantes peuvent faire l'objet d'une saisie et d'une confiscation.

1. les choses qui forment l'objet de l'infraction : les stupéfiants ;
2. les choses pouvant servir à la manifestation de la vérité : les pièces à conviction ;
3. les choses qui font l'objet de l'infraction, ont servi ou ont été destinées à commettre l'infraction : depuis 2002, les véhicules, les appareils, les instruments ou les choses qui ont servi ou ont été destinés à commettre une infraction en matière de stupéfiants peuvent être confisqués même s'ils ne sont pas la propriété du condamné.
4. les avantages patrimoniaux tirés directement de l'infraction, les biens et les valeurs qui leur ont été substitués et les revenus de ces avantages investis (c'est-à-dire tout profit résultant d'une infraction) ;
5. la saisie/confiscation par équivalent : s'il existe des indices sérieux et concrets que la personne a obtenu un avantage patrimonial de la commission d'une infraction et que les choses qui matérialisent cet avantage ne peuvent être retrouvées dans le patrimoine de la personne en question, le procureur du Roi (ou le juge) peut saisir (ou confisquer) d'autres choses de son patrimoine à concurrence du montant du produit de l'infraction ;
6. la saisie/confiscation des avantages patrimoniaux supplémentaires découlant de l'infraction ou de faits identiques, des biens et des valeurs qui leur ont été substitués et des revenus de ces avantages investis : la saisie/confiscation n'est possible que pour les avantages patrimoniaux provenant d'infractions identiques commises pendant une période pertinente (5 ans avant l'inculpation de la personne). Il faut des indices sérieux et concrets qui peuvent être puisés dans tous les éléments montrant un déséquilibre entre, d'une part, l'accroissement du patrimoine et des dépenses du condamné au cours de la période pertinente et, d'autre part, l'accroissement du patrimoine et des dépenses du condamné pour lesquels il apporte la preuve qu'ils ne découlent pas des faits pour lesquels il a été condamné ou de faits identiques.

7. la saisie du patrimoine d'une organisation criminelle

L'Organe Central pour la Saisie et la Confiscation (OCSC)

Créé par la loi du 26 mars 2003, l'OCSC est une instance de parquet, à côté des 27 parquets locaux et du parquet fédéral. Les missions de l'OCSC sont les suivantes :

- fournir un appui aux magistrats et aux services de police ;
- gérer les données concernant la saisie, la confiscation et l'exécution ;
- assister dans la gestion de biens saisis ;
- et coordonner l'exécution des confiscations, en concertation avec le service des domaines du SPF Finances.

3.2. Les chiffres

La prudence s'impose par rapport à l'analyse des chiffres ci-dessous, pour les raisons suivantes :

- la qualité des statistiques de l'OCSC dépend largement de la quantité et de la qualité des notifications par les services de police, les magistrats et les greffes ;
- les totaux de saisies représentant la totalité des biens saisis, sans tenir compte des déductions à faire suite aux restitutions et aux confiscations. Ils ne représentent donc pas la totalité des biens actuellement en saisie.

Environ **370 millions EUR** d'avoirs financiers (montants gérés par l'OCSC, comptes bancaires bloqués sur place et titres) ont été **saisis** entre le 1^{er} septembre 2003 et le 15 novembre 2005 (soit un peu plus de 2 ans), pour toutes infractions confondues. L'OCSC gère à l'heure actuelle environ 60 millions EUR.

L'OCSC a communiqué qu'il versera en 2005 environ 40 millions EUR au SPF Finances.

Le « top 5 » des montants saisis concerne les matières suivantes :

- blanchiment (entre autres des avantages patrimoniaux tirés du trafic de stupéfiant) : 50% ;
- fraude (entre autres fiscale) : 14% ;
- escroquerie : 5,5% ;
- criminalité organisée (entre autres en matière de stupéfiants) : 4,8%
- stupéfiants : 4,8% (voir infra).

Confiscations et saisies de produits illégaux (2004)

- héroïne : 142 kg ;
- cocaïne : 3.522 kg dont 3.000 kg via le port d'Anvers et l'aéroport de Zaventem ;
- drogues synthétiques : 2.540 kg, dont 2.314 kg sous forme de pilule (XTC ou autre) ;
- cannabis : 43.665 kg dont 3.854 kg de marijuana et 39.921 kg de haschich ;
- khat : 2.094 kg, presque exclusivement via l'aéroport de Bierset.

Il va de soi que ces produits illégaux ne peuvent être vendus par l'Etat.

Autres confiscations et saisies liées aux trafics de stupéfiants

Le nombre de dossiers relatifs aux stupéfiants représente 35% de la totalité des dossiers créés au sein de l'OCSC (dossiers « prévention 60 »).

Nombre de saisies et de confiscations de biens OCSC avec la prévention 60 (dossiers stupéfiants) du 1er septembre 2003 au 15 novembre 2005

RESSORT	VALEUR EN SAISIE	MONTANT	VALEUR EN CONF	MONTANT
ANVERS	932	1.775.732,55 €	192	3.667.771,00 €
BRUX	725	908.039,08 €	187	531.541,00 €
PARQ FED	20	311.675,45 €	2	50.900,00 €
GENT	520	1.118.200,36 €	224	4.647.656,44 €
LIEGE	369	616.397,18 €	178	324.892,09 €
MONS	359	417.447,01 €	218	1.127.733,36 €
	2925	5.147.491,63 €	1001	10.350.493,89 €

En un peu plus de 2 ans, des biens relatifs à des dossiers « stupéfiants » pour un montant total de **15,5 millions EUR** ont été saisis, dont 10,35 millions EUR sont déjà confisqués.

Ce montant remis à l'échelle annuelle correspond *grosso modo* aux montants récoltés par le Fonds espagnol de saisies et confiscations relatives aux trafics de drogues (voir ci-dessus).

Ces chiffres peuvent paraître peu élevés. Il existe différentes **explications** :

- la nouvelle législation et l'OCSC sont récents (période de transition) ;
- certains parquets et juges refusaient de mettre en œuvre la nouvelle législation avant la circulaire des Procureurs généraux du 2 avril 2004 ;
- la législation actuelle est trop complexe. Par conséquent, elle est soit mal connue des parquets, des juges et de la police, soit pas ou peu appliquée (voir ci-dessous).

L'OCSC confirme que les montants globaux et les montants qu'ils gèrent sont **susceptibles d'augmenter**. Il est dès lors probable que les montants relatifs à la prévention 60 (stupéfiants) augmenteront parallèlement.

3.3. L'évaluation du système actuel

1. De l'avis des experts et des acteurs de terrain, la **législation actuelle** relative aux saisies et aux confiscations est **très complexe**. En effet, les législations particulières se sont multipliées ces dernières années (par exemple, loi sur les marchands de sommeil, etc.). Les dispositions légales concernant les saisies et les confiscations ne sont pas suffisamment appliquées les différents acteurs (parquet, juges, police) principalement parce qu'elles ne sont pas claires

ou pas suffisamment connues. La charge de travail des magistrats est importante et leur capacité d'assimilation de ces dispositions a des limites.²⁷

A titre d'exemple, l'article 43^{quater} C.I.Cr. (« confiscation élargie ») est une disposition potentiellement très efficace car elle permet la confiscation des biens et valeurs substitués aux avantages patrimoniaux découlant des infractions aux lois relatives aux stupéfiants (concrètement, pourra être confisquée le montant différentiel entre le train de vie du prévenu/inculpé et ses revenus légaux effectifs). Or, il n'est que très rarement appliqué parce que sa formulation est trop compliquée.

La Ministre de la Justice a dès lors demandé à un groupe d'experts (composés de l'OCSC, de magistrats, etc.) de **simplifier** la législation actuelle.

Cette modification législative contribuera déjà à augmenter les produits financiers liés aux trafics de stupéfiants car la législation sera plus lisible et plus facile à mettre en œuvre.

2. L'OCSC remarque par ailleurs un **manque d'information/sensibilisation** des parquets, des juges et de la police concernant les peines financières. L'OCSC constate que ses efforts en matière de formation commencent à porter leurs fruits, mais qu'ils sont encore insuffisants.

3. Il existe un réseau de points de contact en Europe visant notamment à faciliter les saisies et confiscations **à l'étranger**. Cependant, l'argent est à l'heure actuelle conservé là où le bien se trouve, sauf si des conventions bilatérales sont signées, ce qui n'est pas le cas de la Belgique. Une décision cadre européenne en cours d'élaboration consacre le principe de « l'asset sharing » (50% pour l'Etat d'où émane la décision de saisie ou de confiscation, et 50% pour l'Etat où se trouve le bien ou les fonds).

4. Conclusions

Le PS propose :

- la création d'un **Fonds de lutte contre les assuétudes** géré par le Ministre de la Santé en collaboration avec les Communautés et les Régions ;
- directement alimenté par les produits des saisies et confiscation en matière de stupéfiants ;
- et qui financera :
 - prioritairement les messages d'information de santé publique et l'offre de traitement des personnes toxicomanes,
 - et, de manière supplétive, un supplément de moyens de fonctionnement des polices spéciales et des parquets concernés.

²⁷ De manière générale, une étude récente constate que les magistrats utilisent seulement 10% de l'arsenal pénal existant.

AXE 3 : UN SERVICE TELEPHONIQUE D'AIDE

Les **parents et les familles** sont trop souvent démunis face à leurs enfants ou proches qui consomment des drogues. Il est fondamental qu'ils puissent bénéficier d'une information et d'un soutien adéquats.

Le PS demande la **création d'un service téléphonique « S.O.S drogues »** qui couvrirait tout le pays, et dépendant du Ministère de la Santé, en vue de renseigner et d'orienter les personnes confrontées directement ou indirectement à un problème de drogues.

Le PS dépose dans ce cadre le 13 février 2006 une proposition de résolution demandant la mise en œuvre de ce service téléphonique d'aide.

AXE 4 : RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES TRAFICS DE DROGUES

Pour le PS, la **lutte contre les trafics de drogue et les trafiquants** doit être une des **principales priorités nationales**.

Le **parquet fédéral** doit coordonner les actions et s'appuyer sur les procureurs du Roi. Il doit en effet assurer la cohérence et la synergie des actions menées. Il doit également tendre, par l'élaboration de plans d'action spécifiques, à une interaction permanente des différents acteurs concernés par la lutte contre le trafic de stupéfiants.

Les efforts suivants seront demandés au Parquet fédéral :

- coordination de l'action publique dans les dossiers de trafics de stupéfiants ;
- coordination des différentes enquêtes ;
- mise en pratique de la collaboration frontalière ;
- fédéralisation de dossiers-clés.

Les **parquets** seront invités, conformément à la Note cadre « Sécurité intégrale », à ériger la lutte contre le trafic de drogue en priorité de politique criminelle et à élaborer un plan d'action en la matière.

Les polices doivent concentrer leurs efforts sur la **recherche et l'interpellation des trafiquants**. Les statistiques de 2000 montrent que 73% des interpellations concernent des consommateurs de drogue à usage personnel. Il faut que les interpellations concernent davantage les trafics et les trafiquants.

Les parquets doivent **poursuivre de manière systématique toutes les infractions relatives aux trafics**.

Les **moyens** accordés aux polices et aux parquets doivent être **renforcés**.

AXE 5 : SOUSTRAIRE LES CONSOMMATEURS DES CIRCUITS CRIMINELS

La réglementation des drogues doit être claire et cohérente. Elle doit par ailleurs garantir la sécurité juridique de chacun. Ce n'est pas le cas, à l'heure actuelle, de la législation relative au cannabis.

Si la poursuite et la répression des trafiquants doivent être une priorité absolue, les personnes consommant du cannabis pour leur seul usage personnel ne peuvent être criminalisés.

L'incrimination de ces consommateurs a de nombreux **effets pervers** :

- elle relègue dans l'illégalité des pans entiers de la population ;
- elle renforce l'emprise du produit sur l'utilisateur, encourage son enfermement psycho-social et multiplie ainsi les problèmes de marginalité ou de santé publique ;
- elle renforce les trafics illicites ;
- elle renforce les circuits d'argent noir et les mafias qui les contrôlent ;
- la norme pénale existante est sans cesse violée, impliquant une perte de crédibilité de la police, de la justice et de la loi elle-même ;

Il ne s'agit pas pour autant de réduire l'usage de la drogue à un libre choix sans conséquence sur le lien social, la santé publique et la gestion de la cité. Il n'est pas question de confier à un marché libéralisé le soin de s'auto-réguler et de régler les questions liées à la qualité des produits, les conditions de leur usage et les limitations qu'il convient de lui apporter.

Les produits psycho-actifs ne sont pas des marchandises comme les autres. Tant leur commerce que leur usage doivent faire l'objet d'une **réglementation et d'un contrôle permanent**, cohérent avec les objectifs de santé publique et de cohésion sociale que se donne notre société.

Une série de **pays européens** ont soit **dépénalisé**, soit **décriminalisé** la détention de cannabis ou d'autres drogues. Il s'agit notamment des Pays-Bas, de l'Espagne, du Portugal et de l'Italie. L'Annexe I reprend un tableau comparatif de ces législations.

Ces processus de dépénalisation ou de décriminalisation sont en conformité avec les différents **instruments juridiques internationaux** relatifs aux stupéfiants auxquels la Belgique a souscrit : Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et Convention des Nations Unies du 20 décembre 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

Le PS demande la **décriminalisation encadrée** de la détention de cannabis à usage personnel ainsi que la **réglementation de l'offre du cannabis**.

De manière générale, il convient de noter que les politiques répressives ont peu d'influence sur les comportements des gens vis-à-vis de leur santé individuelle.

L'objectif de cette non incrimination est de **faire sortir les consommateurs de cannabis à usage personnel de la clandestinité et des circuits criminels**. Il est à noter que, dans cette optique, **une réglementation de l'offre et de l'approvisionnement doit nécessairement être mis en œuvre pour assurer la cohérence du système**.

Pour le PS, la décriminalisation encadrée du cannabis permettra par ailleurs une **meilleure allocation des ressources des polices et des parquets pour lutter contre les trafiquants**.

1. Détention et consommation autorisée

Le PS **demande** la **décriminalisation** de la détention et de l'acquisition de cannabis pour usage personnel. Pour le PS, il y a une présomption irréfragable de consommation pour usage personnel lorsque celle-ci est inférieure à 5 grammes. Il n'y a donc aucune infraction ni sanction qui sont prévues. Au-delà de cette limite, le consommateur a la possibilité d'apporter la preuve de la consommation pour usage personnel.

La consommation de cannabis en **présence directe de mineurs** n'ayant pas atteint l'âge de 16 ans ou en public de manière à inciter autrui à l'usage de cannabis est **incriminée**. Cette demande constitue l'un des objets de la proposition de loi déposée par le PS le 13 février 2006.

Le PS demande que cette modification législative entre en vigueur après 18 mois de campagnes de sensibilisation et d'information (voir *supra*).

2. Réglementation de l'offre

Le PS demande également que le Gouvernement fasse réaliser une **étude approfondie qui permettrait de formuler des propositions concrètes sur les modalités de vente du cannabis**.

Le PS demande ainsi qu'une **étude détaillée** soit lancée, pour examiner notamment les points suivants :

- systèmes en vigueur dans les pays voisins : état des lieux du système hollandais (voir Annexe I) ; expérience menée en Allemagne etc. ;
- type et compétences de l'organisme de contrôle (agrément des personnes et établissements qui pourront importer, fabriquer, vendre et distribuer le cannabis ; certification des produits ; etc.) ;
- types et nombre de points de vente autorisés : « coffee shops », pharmacies ou bureaux de tabac ;

- formation du personnel de vente : cet aspect est fondamental dans la mesure où la réglementation de l'offre doit être mise en œuvre dans le cadre d'une politique de prévention et de réduction des risques ;
- modalités de vente : fixation de limites en termes d'âge (16 ou 18 ans), de quantités (en fonction de la concentration en principe actif, du mode de consommation et de la fréquence d'usage) ;
- risques de narco-tourisme (exigence éventuelle de la nationalité belge ou de la résidence) ;
- nombre et volume d'exploitations de cannabis autorisées et modalités de contrôle ;
- prix et étiquetage du produit (avertissement des risques pour la santé) ;

Toute **publicité ainsi que toute forme d'incitation à la consommation** de cannabis sera bien sûr **interdite**.

AXE 6 : SOUTENIR LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES

Si l'information et la prévention occupent une place fondamentale, l'importance de la réduction des risques à l'égard des consommateurs doit être reconnue.

La méconnaissance des risques liés à l'usage des **drogues de synthèse** et la méconnaissance des produits contenus dans les pilules vendus pour de l'XTC sont responsables chaque année de décès.

Il existe des possibilités de réduire les risques d'accident et de développement d'usage problématique. Les stratégies de réduction des risques et plus particulièrement la réduction des risques avec analyse de pilules répondent à cette nécessité de **prévenir les dommages** en lien avec consommation.

Le PS soutient **la mise en œuvre d'un réseau coordonné de points locaux de testing du niveau de dangerosité des produits**, intégrés dans une action globale de prévention.

Ces points de testing constituent une véritable plus-value

- ils testent la qualité des produits et renseignent les consommateurs sur leurs dangers ; dans la plupart des cas la présence révélée de substances dangereuses amène l'utilisateur à renoncer à sa consommation ;
- ils préviennent la consommation de produits particulièrement dangereux grâce à leur contribution au système d'alerte précoce (early warning system) ;
- ils permettent un monitoring des nouvelles substances et des nouveaux usages (tendances émergentes).

Ceci dit, il faut renforcer beaucoup plus largement qu'aujourd'hui, par des méthodes incitatives nouvelles et originales, l'évaluation des usagers de drogue et pas seulement les substances qu'ils utilisent. En d'autres termes, en arriver à offrir un dépistage précoce de danger potentiel pour les usagers de drogue.

Le PS demande le **renforcement des programmes d'échanges de seringues**. Ces dispositifs ont un double objet : fournir gratuitement du matériel d'injection stérile pour diminuer les risques d'infection ; et fournir de l'information, une écoute et une orientation des demandes psycho-sociales.

Compte tenu des modes de consommation et des publics concernés en évolution constante, les stratégies de réduction des risques doivent développer des réponses adaptées à ces nouveaux besoins.

Le PS demande l'installation de **salles d'accueil** pour réduire les risques infectieux liés aux injections et garantir un meilleur contact entre les pouvoirs publics et les usagers de drogues en évitant que ces derniers ne s'injectent en rue.

Une série des outils de réduction de risques cités ci-dessus sont mis en œuvre en dehors de tout cadre légal. Ainsi, les associations qui mettent en œuvre les testing de dangerosité des produits peuvent à l'heure actuelle faire l'objet de poursuites pénales.

Le PS demande une modification du cadre législatif afin de **permettre la mise en œuvre de projets de réduction de risques** en toute légalité (testing, salles d'accueil). Cette demande constitue l'un des objets de la proposition de loi déposée par le PS le 13 février 2006.

AXE 7 : AMELIORER L'OFFRE DE TRAITEMENTS

Une **offre d'assistance spécifique, globale et intégrée** doit être créée pour le groupe cible des « consommateurs-toxicomanes. »

Selon la Note de politique fédérale de 2001, l'organisation des soins aux toxicomanes doit être développée dans un cadre mieux intégré. Les institutions reprises dans les conventions INAMI et l'offre de soins aux toxicomanes des hôpitaux psychiatriques doivent être incluses dans ce cadre légal. L'offre de soins doit être élaborée via les **réseaux régionaux** et les **circuits de soins locaux**.

Le PS demande que les **professionnels de santé de première ligne** (médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux) auxquels s'adresse d'abord un nombre très important d'usagers de drogues, en ce compris ceux qui ont déjà un usage problématique, soient également intégrés.

Les efforts importants entamés avec la mise en place des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (MASS) (voir *supra*), pour une **plus grande proximité avec les populations plus précarisées ou marginalisées**, doivent être poursuivis.

Le secteur des soins constate par ailleurs la nécessité d'une meilleure **(in)formation continue des intervenants** généralistes et spécialisés, pour être au courant des nouvelles drogues et des nouveaux modes de consommation.²⁸ Le PS insiste dans ce cadre sur l'importance, à tous les niveaux, de l'échange des savoirs.

Les données objectives, notamment en matière d'offre de traitements, sont insuffisantes. Le PS demande un mécanisme d'**évaluation externe** pour déterminer les besoins non couverts et établir les meilleures pratiques (dans le but de les systématiser).

Certains projets pilotes menés dans le cadre de l'offre de soins devront, s'ils s'avèrent bénéfiques, faire l'objet d'une systématisation.

Le PS demande le **renforcement des traitements, y compris les traitements de substitution**.

Pour autant que l'effet bénéfique soit scientifiquement confirmé, les traitements de substitution pourront être étendus à d'autres substances que la méthadone et le buprénorphine.

Le PS demande également une **diversification de l'offre de soins**. Le PS demande dans ce cadre la mise en place de projets pilotes de **délivrance d'héroïne sous contrôle médical**. Une étude de 2005 commandée par le SPF de politique scientifique confirme la faisabilité légale de ce type de projets, ainsi que la nécessité et les bénéfices en termes de santé publique.²⁹

Il convient également d'assurer une meilleure coordination de l'offre de soins pour un parcours plus soutenu des toxicomanes (meilleur suivi).

AXE 8 : RENFORCEMENT DES STRUCTURES ET DE LA COORDINATION

1. Etat fédéral

Le PS constate le nombre considérable et la diversité des acteurs dans le domaine (Ministères, institutions, associations) à tous les niveaux de pouvoir (Etat fédéral, Communautés, Régions, provinces, villes et communes). Si les

²⁸ S. Zomberk, *op. cit.*

²⁹ *Délivrance d'héroïne sous contrôle médical*, étude de faisabilité et de suivi, SPF de politique scientifique, Academia Presse, Gand, 2005.

efforts fournis sont nombreux, leur dispersion nuit à la cohérence d'une action globale.

La Note fédérale de 2001 prévoit la mise sur pied de la **Cellule générale de politique en matière de drogues** composée des représentants de toutes les autorités compétentes (Etat fédéral, Communautés et Régions). Cette Cellule générale n'est toujours pas en place à l'heure actuelle parce que l'accord de coopération n'est pas encore appliqué.

Le PS demande **l'établissement de la Cellule générale de politique en matière de drogues dans les meilleurs délais**. Cette Cellule est indispensable pour développer une politique plus cohérente.

2. Etat fédéral, Communautés et Régions

Tant le Rapport national belge sur les drogues de 2004 que les auteurs de « La politique belge de drogues en chiffres » considèrent que l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions doivent nécessairement trouver un accord afin d'atteindre les objectifs d'une politique globale intégrée relative aux drogues.

L'**accord de coopération** entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions a été approuvé par les Communautés française et flamande et la Région wallonne. Il doit encore être entériné par la Région bruxelloise et la COCOF.

Il est impératif pour le PS que cet **accord de coopération** soit signé par toutes les entités concernées et qu'il soit **effectivement appliqué**.

3. Communauté française

Comme souligné ci-dessus, il n'existe pas en Communauté française de **structure officielle de coordination des différentes politiques et activités de prévention en matière de drogues**.

Il est essentiel qu'une telle structure soit établie, à l'instar de ce qui existe en Communauté flamande et en Communauté germanophone (VAD et ASL, respectivement).

Il est essentiel que toutes les **activités de prévention** relatives aux drogues soient **recensées** en Communauté française dans un programme unique, à l'instar du programme Ginger qui existe en Flandre.

Le PS propose dès lors la **mise en place** au sein de la Communauté française d'une **structure unique de coordination** des différentes politiques en matière de drogues dans le cadre du plan concerté de prévention, d'aide et de soins en assuétudes élaboré conjointement par la Région wallonne et la Communauté française.

AXE 9 : ASSURER UNE POLITIQUE COHERENTE ET INTEGREE EN MATIERE DE DROGUES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

L'augmentation de la toxicomanie en prison reflète la situation que connaît la société. Il va dès lors de soi que les efforts réalisés en prison pour lutter contre cette problématique doivent correspondre au maximum aux efforts fournis dans la société. Les axes développés par le PS doivent être, dans la mesure du possible, appliqués dans les établissements pénitentiaires.

Les compétences des Ministres fédéraux, communautaires et régionaux ne s'arrêtent pas aux portes des prisons. La politique en matière de drogues au sein des établissements pénitentiaires doit donc tenir compte de la législation en vigueur, des techniques actualisées de contrôle, des actions de réduction des risques et des suivis spécialisés.

Trois objectifs doivent être atteints :

- la lutte contre le trafic ;
- la préservation des non consommateurs ;
- une politique de prévention, d'aide et de soins aux détenus toxicomanes (information, vaccination hépatite, programmes de substitution, soutien pluridisciplinaire par les services d'aide aux toxicomanes,...).

Pour atteindre ces objectifs, deux actions structurelles doivent être prévues : la formation du personnel pénitentiaire et la coordination des entités fédérales et fédérées.

ANNEXE I. TABLEAU COMPARATIF DE CERTAINES LEGISLATIONS EUROPEENNES EN MATIERE DE DROGUES ILLICITES

Une série de pays européens ont mis en œuvre ces dernières années soit une politique de décriminalisation, soit une politique de dépénalisation.

Afin d'éviter les confusions dans les choix des termes, on entend par « **décriminalisation** » la politique qui consiste à extraire un comportement ou une activité de la sphère du droit pénal (suppression de toute infraction pénale). Cela peut se traduire soit par la suppression de toute sanction, soit par le maintien d'autres sanctions que des sanctions pénales (sanctions administratives par exemple).³⁰ On entend par « **dépénalisation** » l'assouplissement de la sanction pénale prévue par la loi. Elle consiste généralement en la suppression de peines d'emprisonnement.

Le tableau ci-dessous reprend une liste de pays européens qui ont mis en œuvre ces dernières années une politique de décriminalisation ou de dépénalisation.

Détention de stupéfiants pour usage personnel³¹

Portugal	<ul style="list-style-type: none"> - décriminalisation de la consommation, de l'achat et de la détention de tous les stupéfiants en cas de consommation propre : ces faits constituent une infraction administrative. - la consommation propre est définie comme ne dépassant pas la consommation individuelle moyenne pendant une période de 10 jours. - la Commission pour la Dissuasion de l'Usage des Stupéfiants (composée de juristes, médecins et psychologues) peut énoncer un avertissement, imposer une amende administrative ou prendre d'autres mesures (par exemple, interdiction d'accéder à certains endroits).
Espagne	<ul style="list-style-type: none"> - décriminalisation de la consommation et de la détention de substances narcotiques ou psychotropes pour usage personnel dans un lieu privé. - lorsque la détention se déroule dans un lieu public ou en cas de circonstances aggravantes (usage au volant par exemple) : amende administrative et/ou suspension du permis de conduire.
Italie	<ul style="list-style-type: none"> - décriminalisation de la détention et de la consommation de substances narcotiques ou psychotropes lorsque la dose ne dépasse pas la quantité journalière moyenne pour un usage personnel. - en cas d'infractions successives : suspension du permis de conduire pour max. 3 mois (cannabis) et avis thérapeutique obligatoire. - pour les mineurs, avertissement lors de la première infraction.
Pays-Bas	<ul style="list-style-type: none"> - décriminalisation de la consommation et la détention cannabis (maximum 5 grammes) : pas de poursuites et pas de sanctions. - dépénalisation de la consommation de drogues dures (maximum 0,5 grammes) et drogues douces (entre 5 et 30

³⁰ Ces définitions sont reprises de : *Usage illicite de stupéfiants dans l'UE : approches juridiques*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2005.

³¹ *Usage illicite de stupéfiants dans l'UE : approches juridiques, ibidem et Decriminalisation in Europe ?*, European Legal Database on Drugs, 2001.

	<p>grammes) : les poursuites pénales ne sont pas prioritaires.</p> <ul style="list-style-type: none">- vente de cannabis dans les « coffee shops » :<ul style="list-style-type: none">- achat de maximum 5 grammes ;- accès interdit aux mineurs d'âge ;- interdiction de publicité, hormis une brève indication de l'endroit ;- maximum 500 grammes de stock.
Luxembourg	<ul style="list-style-type: none">- dépénalisation de la consommation, de la détention, du transport et l'acquisition pour usage personnel de cannabis : imposition d'une amende.